様式第１号（第６条関係）

生坂村国民健康保険 ［人間ドック／脳ドック］ 助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

生坂村長　　殿

申請者（世帯主）
住所　生坂村
氏名　　㊞
電話

［人間ドック／脳ドック］助成金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。
（太枠の中をご記入ください。）

申請者記入欄

被保険者証記号番号	生坂	受診者氏名	
生年月日（年齢）	年　月　日（　歳）	世帯主との続柄	
医療機関名			
人間ドックの種類・補助金額 □　日帰り：　25,000 円 □　泊まり：　30,000 円		□　脳ドック：　10,000 円	
助成金の交付申請にあたり、村が保有する私の課税資料等の個人情報を閲覧することを承諾します。 申請者　　㊞			

振込先	金融機関名	銀行　・　農協　・　信用金庫		
	支店・支所名	支店 支所		
	貯金種別	普通　・　当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

助成金の交付決定をしてもよろしいでしょうか。	決裁欄						合議	
	村長	総務課長	会計管理者	健康福祉課長	担当係長	担当	住民課長	税務係