様式第１号（第６条関係）

生坂村後期高齢者医療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（受診者）
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。
なお、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。

被保険者番号				
受診者氏名			生年月日	年　月　日 （　歳）
受診年月日	年　月　日（から　日まで）			
受診医療機関名				
人間ドックの種類 補助金額	□ 日帰り：25,000 円　□ 脳ドック：10,000 円 □ 一　泊：30,000 円			
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	
	(ふりがな)			
	口座名義人			
委任状	なお、支給される補助金の受領については、上記口座名義人に委任します。 申請者（受診者）氏名　　㊞ **※振込口座が受診者本人の口座でない場合は、委任状の記入が必要です。**			

決裁欄							合議		
交付を決定してよろしいでしょうか。	村　長	副村長	総務課長兼会計管理者	住民課長	生活環境係長	係	健康福祉課長	健康づくり係長	税務係長