様式第２号（第７条関係）

生坂村後期高齢者医療人間ドック助成券交付申請書

年　　月　　日

生坂村長　　殿

申請者（受診者）
住所　生坂村
氏名　　㊞
電話

人間ドック助成券の交付を受けたいので申請します。

被保険者番号			
受診者氏名		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）
受診予定日	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　　□ 泊まり：30,000円		

助成券の交付にあたり、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。また、人間ドック受診結果につきましては医療機関より直接村に提出されることを承諾します。

申請者　　㊞

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