

第1号様式（第5条関係）人間ドック・脳ドック検査料助成金申請書

| | | | | | |
|-------------------|--------------|---|-----|---|-------|
| 被 保 険 者 証 | 記 号 | | 番 号 | | 年 月 日 |
| 世 帯 主 | 住 所 | | | | |
| | 氏 名 | | | | |
| 人間ドック 脳ドックの受診者 | 氏 名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 医 療 機 関 等 | 検査期間 及び区分 | 年 | 月 | 日 | から |
| | | 年 | 月 | 日 | まで 日間 |
| | 所 在 地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 助成金交付申請額 | 円 | | | | |

次の金融機関に振り込んでください。

| | | | | | |
|-------------|---------|-----------------------------|--|-------|--------|
| 振 込 先 | 金融機関名 | 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 | | | 支店（店番） |
| | 口 座 番 号 | 普 通 当 座 貯 蓄 | | フリガナ | |
| | | | | 口座名義人 | |

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

〒
住 所

世帯主 氏 名 (押印省略)

電 話 ()

草加市長 あて

※人間ドック又は脳ドックの領収書を添付してください。

資格等チェック欄

| | |
|---------|---|
| 検査料（税抜） | 円 |
| 助成率（7割） | 円 |
| 支給決定額 | 円 |

| | | | | | |
|-------|----|---------|--------|-------|---------|
| 検査日当日 | 資格 | 年齢35歳以上 | 1年以上加入 | 申請日当日 | 国民健康保険税 |
| | 有 | 適 | 適 | | 完納 |
| | 無 | 否 | 否 | | 未納 |