

様式第1号（第4関係）

決	課		係		
裁	長		長		係

下記のとおり交付決定しても  
よろしいでしょうか。

交付決定額 \_\_\_\_\_ 円

立科町国民健康保険 人間ドック補助金交付申請書及び実施報告書（請求書）

保険証記号・番号		.			
受 診 者	氏名		生年月日	大正・昭和	年 月 日
	氏名		生年月日	大正・昭和	年 月 日
	氏名		生年月日	大正・昭和	年 月 日
種 類	一泊人間ドック 日帰り人間ドック				
受診年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
医療機関名	領収書に記載のとおり				
受診科	領収書に記載のとおり				
<p>上記のとおり人間ドックを受診したので補助金の交付を申請します。          なお、受診結果については、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づき実施される          特定保健指導に用いることを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>立科町長 殿</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 立科町大字</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>					
口座振替 希望 金融機関	農協	支所	口座名義人		
	銀行	支店		口座番号	普通・当座
委任状	<p>なお、支給される補助金の受領については、口座名義人に委任します。</p> <p style="text-align: right;">世帯主 氏名 印</p>				

領収書等の原本（コピー不可）及び受診結果の写しを添付すること。