

別記様式（第4条関係）

佐久市人間ドック等受診者補助金交付申請書兼請求書

※太枠内のみ記入してください。

申請者記入欄	(提出先) 佐久市長									
	年 月 日									
	郵便番号									
	住 所									
	申請者(受診者)氏 名									
	電話番号									
	生年月日 年 月 日 (歳)									
	以下のとおり人間ドック等を受診しましたので、補助金を交付してください。 なお、申請に当たり市税等の納付状況の調査を行うこと及び検査結果を市に提供し、特定保健指導等へ活用することについて同意します。									
	加入保険 (いずれかに○)		国民健康保険				後期高齢者医療保険			
	被保険者 記号番号		—							
受診医療機関の 名称・所在地		名 称 所在地								
人間ドック等 受診料		いずれかを○で囲んでください。 1 人間ドック(日帰り) 2 人間ドック(1泊2日) 3 脳ドック				円				
振込先口座	金融機関名		銀行 金庫 組合 農協		店名		本店 支店 支所 出張所			
	フリガナ				預金種別		普通 ・ 当座			
	口座名義人				口座番号					
	委 任		交付される補助金の受領について、上記の口座名義人に委任します。 申請者 氏名 ㊞							
記市 入役 欄所	人間ドック等 受診者補助金額		いずれかを○で囲んでください。 1 人間ドック(日帰り) 2 人間ドック(1泊2日) 3 脳ドック 円				確認欄			
							国民健康保険税		後期高齢者 医療保険料	

記医 入療 欄機 関	人間ドック等受診証明書 右のとおり受診したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 印		受診年月日	年 月 日から 年 月 日まで
			受診種類 (コース)	いずれかを○で囲んでください。 1 人間ドック(日帰り) 2 人間ドック(1泊2日) 3 脳ドック