

様式第1号（第4条関係）

佐久市人間ドック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 佐久市		
	申請者 (受診者) 氏名		Ⓜ		
	電話番号				
	生年月日		年 月 日 (歳)		
	<p>以下のとおり人間ドックを受診しましたので、補助金を交付してください。 なお、申請にあたり市税等の納付状況確認の調査について同意し、また、検査結果を市に提供し、特定保健指導等への活用について同意します。</p>				
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			
人間ドック受診料		円			
振込先口座	金融機関名	銀行 組合	金庫 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	人間ドック受診者 補助金額	日帰り	金	円	確認欄
		1泊2日	金	円	国民健康保険税
					後期高齢者医療保険料

医療機関記入欄	人間ドック受診証明書		受診年月日	年 月 日から 年 月 日まで
	右のとおり受診したことを証明します。 年 月 日 医療機関 Ⓜ		受診種類 (コース)	どちらかを○で囲んでください。 1. 日帰り 2. 1泊2日