

琴平町長 様

住所  
申請者 氏名 印  
(受検者) 電話番号

琴平町人間ドック受検者助成金交付申請書兼請求書

琴平町人間ドック受検者助成金交付要綱第5条の規定により助成金を受けたいので、同条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳及び町税納付状況の確認及び人間ドックの結果を特定保健指導等に活用することに同意します。

1. 人間ドック受検者

保険証の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 社会保険の被扶養者		被保険者証 記号番号			
住所	〒 ー 琴平町					
フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名						
医療機関名		受検日	年 月 日 ～ 日 日	診査料	円	
振込先	金融機関名	銀行・農協 信金・信組			支店 出張所	
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

2. 受検をした時の保険証を提示してください。

3. 添付書類 人間ドック費用の領収書(原本)、人間ドック結果表

注) 町内に住所を有する40歳以上の方で町税の滞納のないこと。

琴平町特定健康診査及び各種がん検診等との重複受検がないこと。

(重複受診の場合は、助成金の返還となります。)

人間ドックの受検項目内に、琴平町特定健康診査の項目が全て含まれていること。

【町記入欄】

受付年月日	資格確認	滞納確認	添付書類確認	決定金額	備考
年 月 日	有 無	有 無	領収書・結果表	15,000円 ( 円)	