

様式第1号（第5条関係）

人間ドック予防検診費補助金申請書

（指定医療機関用）

被保険者証番号	川島・	世帯主氏名	
受診者	住所	川島町	
	氏名		性別 男・女
	生年月日	昭和 年 月 日	年齢 歳
受診区分	1. 人間ドック		2. 脳ドック
検査日程	1. 一日外来		2. 一泊二日
医療機関名			
検査年月日	年 月 日		
検査料金	円（消費税等を含む）		
補助金額	25,000円		
<p>参考事項</p> <p>1 過去に検査を受けたことがありますか。 ア ある〔人間ドック 回（ 年頃）、脳ドック 回（ 年頃）〕 イ ない</p> <p>2 受診理由 ア 既往の疾病があるので（病名 ）受ける。 イ 明らかに異常が感じられるので受ける。 ウ どこかに異常があるように感じるので受ける。 エ 健康であるが念のため受ける。 オ その他</p>			
<p>町に検診結果を提出することを同意した上で、上記のとおり申請します。 また、今年度の特定健診は受診しません（受診しませんでした）。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者（受診者） 住所 川島町 電話 氏名</p> <p style="text-align: center;">川島町長 様</p>			

※役場決裁欄

支給決定日	年 月 日	確認印	
-------	-------	-----	--

