第１号様式（第５条関係）

狛江市国民健康保険人間ドック利用費補助金交付申請書

受診者情報	氏名		生年月日	
			年　月　日	
	被保険者記号・番号		性別	受診時年齢
	４２－　・		男・女	歳
医療機関情報	所在地			
	名称			
	受診年月日	年　月　日	添付書類	領収証　□ 結果票（写）□
	受診費用	円		

振込先	銀行　信用金庫 信用組合　農業協同組合							（本店　支店　支所）	
口座種別	口座番号							フリガナ	
普通・当座 その他								口座名義人	

（補助金の受領を申請者以外に委任する場合）

私は、次の者に補助金の受領に関する一切の権限を委任します。

年　月　日

受任者（口座名義人）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　委任者（申請者）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診結果を市の特定保健指導その他の保健事業に活用することに同意します。

上記のとおり人間ドックに要した費用に関する書類等を添えて申請します。

年　月　日

狛江市長　宛て

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿