様式第１号（第４条関係）

　　　　年　　月　　日

新温泉町長　様

新温泉町人間ドック受診費用助成金交付事前申請書

公立浜坂病院で人間ドックを受けるので、新温泉町人間ドック受診費用助成金の交付を受けるために事前に申請します。

なお、申請に当たり、次の同意事項に同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 | ふりがな | 電話番号 |
|  　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　 | 年齢（受診日時点） | 　　　歳 |
| 保険証 | 国保　・　後期高齢 | 被保険者番　　号 |  |
| 人間ドックの受診予定日(希望日をご記入ください。) | 年　　　月　　　日頃を希望 |

同意事項

１　人間ドックの受診結果を町に提出すること。

２　人間ドックの受診結果を町が特定健康診査及び特定保健指導などに活用すること。

３　人間ドックの受診結果が特定保健指導に該当したときは、必ず特定保健指導を受けること。

４　助成対象要件確認のため、町が私の町税並びに私の世帯に属する者の国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料の納付状況を確認すること。