

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申請書

新温泉町人間ドック受診費用助成金の交付を受けたいので、新温泉町人間ドック受診費用助成事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。

医 療 保 険 の 種 別	国保 ・ 後期高齢		
被保険者番号			
住 所	〒 新温泉町		
ふ り が な		電話番号	
氏 名	⑨		
生 年 月 日	年 月 日	年齢 (受診予定日時点)	歳
人間ドックの受診予定		年 月 日頃	

【同意欄】

申請に際し、次のことに同意します。（□に✓を記入してください。）

- ☐ 1 次のいずれにも該当することを確認し、助成を受けた後にいずれかに該当していないことが分かった場合は、助成金を返還すること。
- （1）町税を滞納していない。また、国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料の滞納がない世帯に属している。
- （2）人間ドック等の受診日の属する年度において、町が実施する健康診査を受診していない。
- ☐ 2 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。
- ☐ 3 町が公立浜坂病院に本申請の内容を提供すること。
- ☐ 4 町が公立浜坂病院から本申請に係る人間ドック受診に関する情報及び受診結果の提供を受けること。
- ☐ 5 公立浜坂病院が私に代わって本申請に係る助成金を代理受領すること。
- （人間ドック受診の際の公立浜坂病院への支払金額（自己負担額）は、人間ドックの受診に要した費用と助成金額との差額）
- ☐ 6 人間ドックの受診結果を町が特定健康診査、特定保健指導等に活用すること。
- ☐ 7 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。