

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		⑩	
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。

新温泉町長様

令和 年 月 日

## 同意書

下記の者は、新温泉町の健康課が新温泉町人間ドック受診費用助成事業実施要綱（令和5年3月29日告示第42号）第2条に基づく事務手続を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

## 記

同意者	申請者との続柄	本人
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

【裏面の記載要領をご確認ください】

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

#### 記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。
- 5 複写された署名は無効とする。

新温泉町人間ドック受診費用助成事業実施要綱（令和5年3月29日告示第42号）

（助成対象者）

第2条 この要綱による助成金（以下「助成金」という。）の交付の対象となる者は、公立浜坂病院において人間ドックを受診する者であって、次のいずれにも該当するものとする。

- (1) 新温泉町国民健康保険又は後期高齢者医療制度の被保険者
- (2) 人間ドックを受診した日（以下「受診日」という。）において40歳以上の者
- (3) 第4条に規定する交付申請をした日及び受診日において町内に住所を有する者
- (4) 受診日の属する年度内に町が実施する健康診査を受診していない者
- (5) 町税の滞納がない者であり、かつ、新温泉町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する者