

三川町個別特定健診助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

三川町長 殿

(申請者) 住 所
氏 名
電 話

下記のとおり三川町個別特定健診助成金の交付を受けたいので申請します。
私は、三川町が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に、健診を受診した健診機関へ受診内容の照会をすることについて同意します。

対象者	フリガナ		性別	生 年 月 日					
	氏 名		男・女	昭和 平成	年 月 日				
	住 所	〒							
	電話番号	-							-
特定健診受診機関	健診機関名								
	健診機関住所	〒							
特定健診受診日		年 月 日							
他の助成金等受給の有無(有の場合詳細)		有 () ・ 無							
申請金額の算定								助成金申請金額	
特定健診受診費用相当額 ※不明な場合は健診費用全額		基準額	ア 又は イ の いずれか低い額						
ア	イ	ウ						円	
	円	5,000 円	円	¥					円
振 込 先	本店	銀行 信金 信組 農協	口座番号 (左づめ)						
		支店・営業部・()							
	預金種別	普通 ・ 当座	金融機関 コード						
口座名義人	(カタカナ)								
	(漢 字)								

- ㊦ 「振込先」は、対象者名義の振込先口座を記載してください。
- ㊦ 添付書類 ・ 質問票 (様式第 2 号) ・ かかりつけ医が発行する特定健診の結果の写し
・ かかりつけ医等で特定健診を受診した際の領収書の写し ・ 振込先通帳の写し

※ 以下は役場健康福祉課健康係で記載しますので、記入しないでください。

番号	宛名番号	助成金交付決定	
		決定	決定額
		交付 ・ 不交付	円