

人間ドック等受診用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

南牧村長 様

申請者 住所 南牧村大字 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

(日中連絡の取れる電話番号を記入ください)

下記のとおり人間ドック等を受診したので、補助金を申請します。なお、人間ドック等総合検診結果を南牧村生活習慣予防に係る事務に使用される場合に限り、提供・使用を承諾します。

受診者氏名 (生年月日・年齢)	( 年 月 日・ 歳)									
受診医療機関										
受診年月日	年 月 日 ~ 年 月 日									
受診項目 (対象項目に○印)	・人間ドック                      ・脳ドック                      ・PET検診 ・胃カメラ検診                      ・子宮頸がん検診 ・乳がん検診(超音波)                      ・乳がん検診(マンモグラフィ)									
受診費用	別紙領収書による金額									
補助金請求金額	金	円								
添付書類	・領収書(原本)                      ・受診結果の写 人間ドックの場合                      ・国保質問票                      ・後期高齢質問票									
保険証の種類	・国保    ・後期高齢    ・社保    ・組合    ・その他( )									
保険証の記号・番号(枝番)	(                      (                      )                      )									
補助金振込先	金融機関名	南牧・野辺山 長野八ヶ岳農協 _____支所 _____銀行 _____支店								
	口座の種類	普通                      当座								
	口座番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:12.5%;"></td> </tr> </table>								
(フリガナ) 口座名義人	(                      )									

\*受診結果については、秘密厳守いたします。\*人間ドックの方は別紙質問票をご記入ください。

\*同一年度に村の集団住民検診(ヘルス・スクリーニング)を受けた場合は、人間等ドック等の受診費用補助金の申請はできません。

【役場使用欄】	助成金交付決定額: _____ 円 上記のとおり交付してよろしいでしょうか				人間ドック 10,000円限度 脳ドック40~74歳 費用の7割 20,000円限度 PET 40~74歳 費用の5割 60,000円限度 胃カメラ 40~74歳 費用の7割 4,000円限度 子宮頸がん 20~74歳 費用の7割 4,000円限度 乳がん(超音波) 30~39歳 費用の7割 4,000円限度 乳がん(マンモ) 40~74歳 費用の7割 4,000円限度
	課長	課長補佐	係長	係	

(別紙質問票)

人間ドック等受診用補助金交付申請をされる方は次の質問にお答えください。

1 あなたが加入している保険に○をしてください。 国保 国保以外

「国保」に○をした方は質問は終わりです。

「国保以外」に○をした方は2へおすすみください。

2 あなたが所属している会社等で助成制度はありますか。 はい いいえ

「はい」に○をした方は人間ドック等受診用補助金交付の対象になりません。

「いいえ」に○をした方は人間ドック等受診用補助金交付の対象になります。

ただし、今後、村からの補助金以外の助成が確認できた場合、交付した補助金は返還していただくこととなりますので、以下の署名欄にご署名をお願いします。

私は、南牧村人間ドック等受診費用補助金の交付を受けるにあたって他の助成は受けていません。今後、私に他の助成が確認できた場合は、村へ補助金を返還することに許諾します。

署名

---