様式第１号（第５条関係）

# 人間ドック・脳ドック助成承認申請書（　　年４月１日～　　年３月３１日分）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記号番号 | 熊国 | 宛名コード | |
| 助成対象者 | 氏　　名 | | |
| | 生 年 月 日 | 年　月　日　歳（年度末年齢） | |
| | 世帯主との続柄 | 本人・夫・妻・子・（　　） | |
| 申請内容 | 人間ドック助成 | 申し込む　申し込まない | |
| | 脳ドック助成 | 申し込む　申し込まない | |

| 人間ドック助成を申し込むにあたり下記事項を承諾します。 | ✔ |
|---|---|
| １．本年度の特定健康診査を受診しません。 | |
| ２．特定保健指導の対象者抽出のために必要となる健診結果及び問診票の提出（コピーまたは書き取り）に同意します。 | |
| ３．実施要綱別表の検診項目を満たさない人間ドックを受診した場合、助成が受けられないことを了承します。<br>※医療機関での人間ドック予約時に検診項目の確認をお願いします。 | |

上記のとおり申請します。

熊取町長様　　年　　月　　日

住所　熊取町

世帯主氏名

申請者氏名

電話番号

---

様式第２号（第５条関係）

承認番号

# 人間ドック・脳ドック承認・不承認通知書

熊保第　　－　　号

年　　月　　日

熊取町長

（　公　印　省　略　）

上記、申請内容について　　１．承認します。

２．不承認とします。

**※必ず国民健康保険の資格がある期間中に受診してください。**

**※７５歳になられる方は、誕生日の前日までに受診してください。**

| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ | 処理欄 | 資格・年齢 | 収納 | 特定健診 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |