様式第１号

平成　　年　　　月　　　日

上野村長　　様

住所　上野村大字　　　　　　番地

氏名　　　　　　　　　　　　　印

（電話　　　　　　　　　　　）

上野村人間ドック検診費補助金請求書

私は、人間ドックを下記のとおり受診したので補助金を請求いたします。

記

金　２０，０００　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男・女 | 医療保険の種　　類 | 国保・全健保･後期高齢その他（　　　　　　　） |
|  | 年　　　月　　　日　　　　　　　　　（　　歳） | 保険者名 |  |
| 検診医療機関 | 　　　　　　　　　病院 |
| 受診日 | 平成　　　年　　　　月　　　　日 |
| 振　込　先 | 　　　　　　　　　銀　行・信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　農業協同組合　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 預　金　種　目 | 普通　・　当座 |
| 口座番号（右づめで記入） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　義　人 | 　　 |

様式第２号

平成　　年　　月　　日

　上野村長　様

住所　上野村大字　　　　　　　番地

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（電話　　　　　　　　　　　　）

上野村脳ドック検診費補助金交付申請書

下記により脳ドック検診費の補助を受けたいので申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男・女 | 医療保険の種類 | 国保・全健保･後期高齢その他（　　　　　　　） |
|  | 大・昭・平 　　年　　　月　　日　　　　（　　　歳） | 保険者名 |  |
| 検診医療機関 |  |
|  | 平成　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　月　　　　日 |
|  調　査　事　項 |
| 　１．以前に脳ドックを利用したことがありますか？ |
| 　　　　ア　ある　　（　　　　年：病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　イ　ない |
|  |
| 　２．脳ドックを利用したい理由 |
| 　　　　ア　健康であるが念のため |
| 　　　　イ　体のどこかに異常が感じられるような気がするため |
| 　　　　　　具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　ウ　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
|  |