

第1号様式（第5条関係）

富士宮市国民健康保険人間ドック等助成金交付申請書

令和 年 月 日

富士宮市長 宛

住 所 富士宮市
申請者 氏 名

富士宮市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第5条の規定に基づき、人間ドック等助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受付番号			
受診者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
住 所	〒 富士宮市	電話番号 (携帯可)	昼間連絡が取れる番号をお願いします
世帯主 氏名			
受診区分	40歳未満人間ドック ・ 脳ドック ・ 40歳未満健診		
検査機関名		受診予定 年月日	令和 年 月 日

処理欄	発送日	<input style="border: 2px solid black;" type="text"/>
受付時確認	<input type="checkbox"/> 国保税完納 <input type="checkbox"/> 重複申請無(口頭) <input type="checkbox"/> 人間ドック 40歳未満(S62.4.1以後生まれ) <input type="checkbox"/> 受診時国保加入者 <input type="checkbox"/> 脳ドック 特定健診受診券回収 <input type="checkbox"/> 受付者 <input type="checkbox"/> 40歳未満 40歳未満(S62.4.1以後生まれ)	
受診券交付時確認	<input type="checkbox"/> 国保税完納 <input type="checkbox"/> 今年度受診結果 <input type="checkbox"/> 採番済み <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック	

受診券を交付してよろしいか

決裁	課長	係長	係	公印	照合者	公印押印者	押 印 日
							令和 年 月 日