

様式第1号(第8条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
人 間 ド ッ ク 助 成 金 交 付 申 請 書

受 診 者	被 保 険 者 証 番 号		
	ふ り が な		性 別
	氏 名		男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日	年 齢 (受 診 日 現 在) 歳
	住 所	朝来市	
	電 話 番 号		
受 診 健 診 機 関			
受 診 日			

上記のとおり人間ドック助成金の交付を申請します。また、同一年度内に朝来市が実施する特定健診に係る補助を受けていることが判明した場合は、当該補助に係る費用を返還することを誓約します。

年 月 日

朝来市長 様

住 所
申請者
氏 名