

後期高齢者の方

記入例

令和〇年〇〇月〇〇日

つがる市長 様

後期高齢者医療脳ドック検査費助成申請書

脳ドック検査費の助成を受けたいので、つがる市後期高齢者医療脳ドック検査費助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき次のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、納期限到来済みの後期高齢者医療保険料の納付状況を市長が確認することに同意します。

申請者

| | |
|-----------|--|
| 住 所 | つがる市 木造若緑61番地1 |
| 氏 名 | つがる 太郎 |
| 生 年 月 日 | 大正・昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
| 電 話 番 号 | 0173-42-2111 |
| 医 療 機 関 名 | <input type="checkbox"/> つがる総合病院 <input checked="" type="checkbox"/> 希望の受診医療機関に☑してください。 <input type="checkbox"/> 中野脳神経外科・総合内科クリニック <input type="checkbox"/> 木村脳神経クリニック |

※留意事項

- 1 この助成事業における受診医療機関は、つがる市と脳ドック検査費助成事業の業務委託契約をしている医療機関であり、これ以外の医療機関での受診に対しては助成できません。

| 受付 | 資格確認 | 納付確認 | 決定 |
|----|----------------|------|----|
| | 資格取得日 年 月 日 | | |