

様式第1号（第5条関係）

## 鴻巣市後期高齢者簡易1日人間ドック受診兼助成金申請書

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

〒  
住 所 鴻巣市  
申請者 氏 名  
(受診者) 電話番号

次のとおり、簡易1日人間ドックの受診及び受診に係る助成金を申請します。  
助成の審査に当たり、市が納税関係台帳等必要な書類の確認をすることに同意します。また、必要に応じて、受診結果を市が実施する保健指導等に利用することに同意します。

被 保 険 者 番 号				
受 診 者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 齢	(受診日時点) 歳
受診希望医療機関				
受診予定年月日		年 月 日		

## ※職員記入欄

宛名番号： \_\_\_\_\_

市税納付状況：  未納なし  未納あり

備考 ( \_\_\_\_\_ )

後期高齢者医療保険料：

 未納なし  未納あり

備考 ( \_\_\_\_\_ )