

後 期
脳ドック

鴻巣市後期高齢者脳ドック検査料助成申請書

令和 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

脳ドックを受診しましたので、鴻巣市後期高齢者脳ドック検査料助成要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

また、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。

被 保 険 者 番 号					
受 診 者	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢 (検査日時点) 歳
検 査 医 療 機 関					
検 査 年 月 日		令和	年	月	日
振 込 金 融 機 関		口座種目及び口座番号		口座名義人	
銀 行		普 通 ・ 当 座		カガナ	
信 用 金 庫		口座番号			
農 協					
支 店					

※職員記入欄

宛名番号: _____

必須項目: MRI MRA

添付書類: 受診結果の写し 受診に係る領収書の写し

市税納付状況: 未納なし 未納あり

備考 (_____)

後期高齢者保険料: 未納なし 未納あり

備考 (_____)

費用 _____ 円×0.7= _____

助成 _____ 円 (100円未満切り捨て、上限28,000円)