

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成金交付申請書

我孫子市長あて

住所

申請者 氏名

電話番号

我孫子市国民健康保険健康診査受診費用助成要綱に基づき、次のとおり申請します。

対 象 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ( )
	世帯主氏名	
	交 付 申 請 金 額	円
<p>誓約書 兼 同意書</p> <p>私は、 年度において我孫子市が実施する特定健康診査及び短期人間ドックは受診していません（しません）。</p> <p>また、対象健康診査結果が我孫子市において実施する特定健康診査の結果とみなされ、特定保健指導及び保健事業に使用されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">署名 _____</p>		
提 出 書 類	<p>1 我孫子市国民健康保険特定健康診査受診券</p> <p>2 対象健康診査に要した費用を支払ったことを証する書類の写し</p> <p>3 対象健康診査の結果の写し</p> <p>4 その他 ( )</p> <p>※ 2及び3の書類は、原本を市長に提示し、その確認を受けなければならない。</p>	