

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金の交付を受けたいので、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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	交付申請金額	円
誓約書 兼 同意書		
<p>私（対象者）は、今年度において、助成の対象となる健康診査（以下「対象健康診査」という。）のほかに、我孫子市が実施する特定健康診査、短期人間ドックその他の我孫子市が費用を助成する健康診査は受診していません（しません）。</p> <p>また、対象健康診査の結果が、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>	