第1号様式（第4条関係）

　　年　　月　　日

箱根町国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼請求書

　箱根町長　様

　　　　申請者及び請求者（世帯主）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

次のとおり申請し、及び請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 年齢 |
| 受診者氏名 |  |
| 受診場所 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 満　　歳 |
| 受診年月日 | 　年　月　日 | 受診者支払額 | 円 | 世帯主との続柄 |
|  |
| 振 込 先 金 融 機 関 名 | 預金種目 | 口　座　番　号 |
| 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 本店支店支所出張所 | １　普通預金２　当座預金３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| （世帯主以外に受領委任する場合のみ記載）私は、次の者に助成の受領に関する一切の権限を委任します。受任者（口座名義人）　　　　　　　　　　　　委任者（申請者）住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞　 |

同意欄

私の健診結果を町の特定保健指導その他の保健事業に活用することに同意します。

同意年月日　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診者

住　所

氏　名

第2号様式（第4条関係）

年　　月　　日

箱根町国民健康保険人間ドック助成金（支給・不支給）決定通知書

　　　　　　　　　　様

箱根町長

申請のありました人間ドック助成金の支給について、次のとおり決定いたしましたので、通知いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | □支給　　　　　　□不支給 |
| 助成額 | 　　　　　　円 |
| 振込予定年月日 | 年　　月　　日 |
| 不支給理由 |  |

備考 1　上記の金額を申請のあった預金口座にお振込みいたします。

2　口座番号等に誤りがあった場合は、振込予定日に振込みができませんの で御承知おきください。