様式第１号（第６条関係）

奈義町国民健康保険人間ドック費用補助金受診計画書兼交付申請書

　　令和 　 年　　月　　日

　奈義町長　 奥　　正　親　 様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　奈義町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

　令和 　 年度において、奈義町国民健康保険人間ドック費用補助金の交付を受けたいので、奈義町国民健康保険人間ドック費用補助金交付要綱第６条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて次の通り申請します。

　また、審査にあたり、同要綱第２条第４号の規定により、私の世帯の国民健康保険税の納付状況を確認されることに同意します。

記

対象条件（全て☑が入る方が対象です）

□30歳以上74歳以下である

□人間ドック受診時、国民健康保険の

被保険者である

□補助金を受けようとする年度に

　特定健康診査を受診していない、

　また、受診する予定がない

□国民健康保険税に滞納がない

１　受診計画年月日　　令和　　年　　月　　日

２　医療機関などの名称

３　人間ドック検査費用　　　　　　　　　　　円

４　補助金交付申請額　　　　　　　　　　　円

５　添付書類　　・人間ドックの受診日、検査項目及び費用がわかるもの

　　　　　　　　　　　　　・その他必要な書類

※町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 岡68　　　　－　　　　(枝番) | 受付番号 | 受付 |
| 滞納 | 　無　・　有（　　　　　　　　円） | 第　　　　　　号 |
| 上記の通り確認しました。　税務住民課長　 |