

能代市脳ドック検診費助成申請書

			受付番号	
住 所	〒016-0157 能代市 字腹鞆ノ沢〇〇番地□□			
ふりがな	ノシロ タロウ		性別	男・女
受診者氏名	能 代 太 郎			
生 年 月 日	昭和△△年〇〇月□□日	電話番号	●● - □□□□	
希望する指定医療機関名	能代山本医師会病院			
希 望 する 受 診 年 月	R7 年 7 月	脳血管疾患での 入院、治療状況	有・無	
自身の加入する 保 険 者 名 称	能代市国保	加入保険での 助成制度の有無	有・無	
能代市脳ドック検診費助成要綱に基づく脳ドック検診費の助成を受けたいので、 下記の記載内容を承諾の上、申請します。				
【承諾事項】 ・市が、助成要件確認のため、私の個人情報（滞納状況等確認）を開示すること。 ・この申請に係る助成金の請求及び受領に関する一切の権限を、受診した指定医療機関へ委任すること。 ・脳ドック検診結果について、指定医療機関から市に報告されること及び結果を統計資料等へ利用すること。 ・助成金が支払われた後に、自らの瑕疵等により助成の決定が取り消されたときは、助成金相当額を速やかに市に返還すること。				
能代市長 様		令和 7 年 4 月 10 日		
		申請者（受診者）氏名 能 代 太 郎		
		※本人署名または記名押印		

※市処理欄（以下は記入しないでください。）

住 所 ・ 年 齢 要 件	1年以上 該当・非該当	40歳以上・未満	審 査 結 果
加 入 保 険 の 助 成 有 無	有 ・ 無		
脳血管疾患入院、治療状況	入院、治療中 有 ・ 無		
過 去 5 年 間 助 成 有 無	有 ・ 無		
市 税 等 滞 納 状 況	有 ・ 無		
			可 ・ 否