様式第１号（第６条関係）

能代市脳ドック検診費助成申請書

受付番号	

住　　所	〒 能代市		
ふりがな		性別	男　・　女
受診者氏名			
生年月日	年　　月　　日	電話番号	
希望する指定医療機関名			
希望する受診年月	年　　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		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。

年　　月　　日

能代市長　　様

申請者（受診者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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
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	

審査結果
可　・　否