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 |  | 電話番号 |  |
| 受診者氏名 |  |
| 生年月日 | 年 　　月　　 日 | 性　　別 | 男・女 |
| 希望する指定医療機関名 |  | 希望する  受診年月 | 年 　　月 |
| 自身の加入する保険者名称 |  | 脳血管疾患  入院、治療状況 | 入院、治療中  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 | | | |

※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 | | **可・否** |
| 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 | |