様式第２号（第７条関係）

記号番号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

能代市長　　　　　　　　　印

能代市脳ドック検診費助成決定通知書

　　　　年　　月　　日付けで申請のありました能代市脳ドック検診費助成について、下記のとおり助成することに決定しましたので通知します。

記

　１　脳ドック検診費用の負担内訳

　（１）助　成　額　　受診する指定医療機関が定める検診費に、２分の１を乗じて得た額。ただし、上限は２０，０００円とする。

　（２）自己負担額　　検診費から（１）助成額を除いた額

　２　検診当日に持参するもの

　（１）能代市脳ドック検診助成決定通知書（本書）

　（２）健康保険証

（３）自己負担額（受診当日、指定医療機関に支払うこと）

（４）その他医療機関から指定されたもの

　３　そ　の　他

　（１）脳ドック検診受診については、あらかじめ指定医療機関へ検診日の予約が必

要となります。各自で直接お問合せください。

（２）決定通知書（本書）がお手元に届く前に、脳ドック検診を受診された場合や、指定医療機関以外で受診した場合、または、決定通知書を受けた年度内で受診しなかった場合は、本助成の対象外となりますので、ご注意願います。