

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

三木市長 様

申請者

住所 三木市 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

三木市後期高齢者医療人間ドック等受診助成金交付申請書

人間ドック等受診助成金の交付を受けたいので、三木市後期高齢者医療人間ドック等受診助成要綱第5条の規定により申請します。

被保険者証番号				
世帯主				
利用する 被保険者	氏名		性別	男・女
	生年 月日		年齢	満 歳
利用 施設名	<input type="checkbox"/> 三木市立三木市民病院 （ <input type="checkbox"/> 1泊2日人間ドック <input type="checkbox"/> 1日人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック） 受診予定日（ 年 月 日）			
	<input type="checkbox"/> その他 （ <input type="checkbox"/> 1泊2日型以上人間ドック <input type="checkbox"/> 1日人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック） 利用施設名（ ） 所在地（ ） 電話（ — — ） 受診日（ 年 月 日）			
助成金	振込機関		支店	
振込口 座等	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			