

別記様式（第5条関係）

年 月 日

大山町長 様

申請者（受診者） 住 所 大山町
氏 名
電話番号

大山町人間ドック受診費用助成金交付申請書

大山町人間ドック受診費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、裏面の事項についてこれに同意するとともに、次のとおり関係書類を添えて大山町人間ドック受診費用助成金の交付申請をします。

記

交 付 申 請 額	円
受 診 日	年 月 日
受 診 医 療 機 関	
必 要 書 類	1 人間ドック検査結果記録票（の写し） 2 領収書等（の写し） 3 大山町けんしんパスポート 4 国民健康保険資格確認書（交付を受けている場合）

（ここから下は窓口で記入します。）

債権者登録 あり なし（登録用紙添付）
添付書類 検査結果記録票 領収書等
大山町けんしんパスポート
国民健康保険資格確認書（資格）

(裏面)

同 意 書

私は、大山町人間ドック受診費用助成金の交付申請を行うにあたり、下記の事項について同意し、履行いたします。

なお、同意した事項について履行しない場合は、大山町人間ドック受診費用助成金交付要綱第7条の規定により速やかに助成金を返還します。

記

- (1) 人間ドック受診の日から起算して6ヶ月以内に、紹介状に基づく医療機関の精密検査又は治療について適切な受診を行うこと。
- (2) 人間ドックの結果、保健指導を要すると判定されたときは、町の求めに応じ保健指導を利用すること。

年 月 日

住 所 大山町

氏 名