

荒川区脳ドック受診費用助成金交付申請書

年 月 日

荒川区長 殿

被保険者証番号		国保加入者 18-〇〇-△△△△ 後期高齢者医療制度加入者 12345678(8 桁)		
利用者	氏 名	荒川 太郎		
	生年月日	昭和 20 年 1 月 1 日	保険種類	国保 ^〇 後期
	住 所	〒116-0002 荒川区 荒川 2 丁目 2 番 3 号 電話 03 (3802) 3111		
	医療機関	〇〇クリニック	受診(予定)年月日	年 月 日

代理申請の場合、利用者(本人)の委任状が必要です。

申請者	住 所	荒川区 丁目 番	この欄は、代理人(同一世帯以外の方)が申請する場合のみ、記入が必要です。また、委任状と代理人の方の本人確認書類が必要です。
	電 話	()	
	ふりがな		
	氏 名		

交付申請額は、助成対象経費の 1/2 額 (100 円未満の端数は、切捨て) で、上限額は 20,000 円です。

荒川区脳ドック受診費用助成金について、下記の

交付申請額 (助成対象経費)	金 15,200 円 (金 30,500 円)
-------------------	----------------------------

金額の記入誤りをした場合、訂正印による訂正はできません。申請書の書き直しをお願いします。

健診に係る経費をご記入ください。(ただし、他の健診と同時受診の場合は、脳ドック受診費用のみ対象)

事務処理欄(年 月	係員
	年 月 日資格確認	
	年 月 日決 定	
	【交付決定・不決定()】	