様式第2号(交付要綱第6条)

人間ドック等補助金交付申請書 兼請求書

青 木 村 長 様

次のとおり人間ドック等を受診しましたので、青木村人間ドック等補助金交付要綱の規定に基づき当該補助金の交付を申請します。なお、申請にあたり次の事項に同意いたします。

1. **村が私の村税及び後期高齢者医療保険料の納付状況を確認・調査し、滞納が確認された場合補助対象外になること。**
2. **私の人間ドック等検査結果を村に提出すること。**
3. **村が私の人間ドック等検査結果を特定保健指導等に活用するほか、匿名化のうえ部分的に国県等へ提供すること。**

氏　名	㊞　自署のときは押印省略可	申請日	令和　年　月　日
住　所		生年月日	昭和 平成　年　月　日（　歳）
加入保険の名称 助成金額	☐ 青木村国民健康保険　☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 上記以外 名称 ＿＿＿＿＿＿ 助成金　無・有（　円）a ※いずれか一つに☑をすること。	申請者電話	（　） ※日中に連絡がとれること。
		受診医療機関	
		受診年月日	令和　年　月　日から　日間
事業所等の名称 助成金額	所属事業所又は職員互助団体等の名称 ＿＿＿＿＿＿ 助成金　無・有（　円）b ※助成制度が無い時は事業所等の記載は不要。	受診した人間ドック等 ・種類 ・補助上限額	☐ 日帰り人間ドック　15,000 円 ☐ 1泊2日人間ドック　25,000 円 ☐ 脳ドック　15,000 円 ※いずれか一つに☑をすること。
補助金計算	受診した人間ドック等の種類の補助上限額 ＿＿＿＿ △ 加入保険・事業所等からの助成金額 a+b ＿＿＿＿ 円 ＝ 補助金 ＿＿＿＿ 円		
添付書類	☐ 人間ドック等の検査費用が分かる領収書(コピー可)　☐ 保険資格を有する書類の写し（マイナ保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等） ☐ 人間ドック等の検査結果の写し　※用意できた書類に☑をし、全てが揃ったことを確認して下さい。全てが揃わないときは、申請をお受けすることができません。		

※ 国民健康保険・後期高齢者医療保険以外の保険、若しくは所属事業所等(職員互助団体等を含む。)に人間ドック等の受診に対する助成制度が有る時は、その助成金額を記載してください。

※ 加入している保険制度等からの助成を村で把握しているときは、当該助成金額を補助上限額から差し引いた金額を補助いたします。
また、補助金交付後に当該助成制度が判明したときは、助成金額相当分の補助金を村に返還していただきます。

上記補助金を請求します。次の口座に振り込んでください。

補助金振込先	金融機関	銀行・金庫　本店(所) 組合・農協　支店(所)	預金種類	普通・当座	
	口座番号	※右詰めでご記入ください。	(フリガナ)		
			口座名義		
※ゆうちょ銀行は、本支店欄に支店番号を記載。					

委任状	人間ドック受診に伴う人間ドック等補助金について、受領に関する権限を上記口座名義人に委任します。　補助金交付申請者氏名　㊞ ※補助金交付申請者と口座名義人が異なる場合に限り、この委任状欄に署名捺印してください。