様式第１号（第５関係）

岩手町人間ドック・脳ドック補助金交付申請（請求）書

年　　月　　日

岩手町長　殿

住所
氏名　　㊞
受診者との続柄
電話番号

岩手町人間ドック・脳ドック補助金交付要綱に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、町の保健事業等に活用するため、受診結果情報を利用することについて同意します。

受診者	氏名		性別	
	生年月日		年齢	
	住所	電話番号		
	保険証種別	岩手町国保（証No.　　）・その他		
受検種別	☐　人間ドック　　☐　脳ドック　　☐　人間ドック＋脳ドック			
受診年月日	年　　月　　日	受診医療機関名		
医療機関への支払額	円	補助金請求額	円	

振込先	金融機関		種別	口座番号	口座名義
	銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座		ﾌﾘｶﾞﾅ

添付書類 （添付書類を確認し☑をつけてください）	☐ 医療機関領収書 ☐ 受診結果通知書 ☐ 申請者の本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等の書類の写しなど） ☐ 振込先確認書類（通帳等の振込先が確認できる書類の写し）

申請資格	人間ドック（回答欄に〇を記載）	回答	脳ドック（回答欄に〇を記載）	回答
	受診日現在町内に住んでいます		受診日現在町内に住んでいます	
	受診日現在30歳以上です		受診日現在30歳以上です	
	特定健診及び健康診査を受診していません		特定健診を受診していません	
	前立腺がん以外のがん検診を受診していません		脳血管疾患などで医療機関を受診していません	
	他から受診に関する補助は受けていません		他から受診に関する補助は受けていません	
			必要検査項目（６項目）全てを実施しています	
			脳ドック受検回数	回

上記のとおり相違ありません。

年　　月　　日

受診者氏名　　㊞