

銚田市後期高齢者医療脳ドック健診費用助成申請書

銚田市長 様

銚田市後期高齢者医療脳ドック健康診査費用助成実施要綱第 7 条の規定に基づき、以下の脳ドック健診の受診及び助成金の交付を申請します。

なお、健診の結果等について、指定医療機関から銚田市に情報提供することに同意します。

申 請 日		年 月 日			
世帯主氏名					
申請者 (受診者)	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日	年齢 歳
	被保険者番号				
	電 話 番 号				
ドックの 種類	一般 ・ 簡易				
受診する 医療機関					
受 診 日	年 月 日 ()				

※年齢は、受診日時点で記入してください。