様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

蓮田市長　宛て

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号（　　　）

蓮田市国民健康保険総合健康診査補助金交付申請書

下記のとおり、補助金を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 記号　３８　　番号 |
| 受診者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 蓮田市 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 | 年　齢 | 　　歳 |
| 健診機関名 |  |
| 健　診　日 | 令和　　 年　　 月　　 日　～　　　令和　　 年　　 月　　 日 |
| 健診料金 | 領収書の金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円(A) |
| 補助金申請額 | (A)欄の金額×0.7(100円未満は切り捨てる)　　　　　　 　円(B)補助限度額　　　　　　　　　　　　　　　　　27,000円(C)補助金額((B)欄、(C)欄のいずれか小さい金額)　　　　　　 円  |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 銀行信用金庫　　　　　　　　　　　支店農協 |
| 口座番号 | 普通・当座　　Ｎｏ． |
| 口座名義人 | 　　　　　　　　　　　　（フリガナ） |

＊健診料金の領収書を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | 決定通知発送年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 資　格 | 台帳確認…済・未　 被保険者…有・無　 年齢…適・否　 国保税…完・未 |
| 備　考 |  |