様式第１号（第６条関係）

**記　入　例**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和**○○**年**○○**月**○○**日

蓮田市長　宛て

住　　所　**蓮田市大字黒浜２７９９－１**

窓口に来た人

申請者　氏　　名　**蓮田　太郎**

電話番号（**７６８**）**３１１１**

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 | **蓮田　花子** | | |
| 住　　所 | 蓮田市**大字黒浜２７９９－１** | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　**○○**年　　**○○**月　　**○○**日 | 年　齢 | **○○**歳 |
| 健診機関名 | | **○○病院** | | |
| 健　診　日 | | 令和 **○○**年 **○○**月 **○○**日　～　　　令和 **○○**年 **○○**月 **○○**日 | | |
| 健診料金 | | 領収書の金額　　　　　　　　　　　　　　　**５０，０００** 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)  記　入　不　要  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  **はすだ**　　　　　信用金庫　　　　　　**はすだ**　　支店  農協 | | |
| 口座番号 | 普通・当座　　Ｎｏ．　**１２３４５６７** | | |
| 口座名義人 | **蓮田　花子**　　　（フリガナ）　　**ハスダ　ハナコ** | | |

＊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 | 記　入　不　要 | | |