

別記様式第1号（第6条関係）

芳賀町国民健康保険人間ドック及び脳ドック補助金交付申請書

被保険者等 記号・番号		記号	番号	
受 診 者	住 所	芳賀町		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
	電話番号			
受診予定日		年	月	日
ドックの種類		人間ドック ・ 脳ドック		
検診機関				
<p>芳賀町国民健康保険人間ドック及び脳ドック補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金及び受診票の交付を申請します。</p> <p>また、検診結果が検診機関から芳賀町に報告され、必要に応じ特定保健指導等に活用されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>芳賀町長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者（受診者）氏名</p>				

町記入欄	検診日年齢 (35～74歳)	受診票交付	健診の受診	この要綱等による 補助金の交付
	適・否	番号 人— 脳— 交付日		無・有