別記様式(第4条関係)

後期高齢者人間ドック補助金交付申請書

年　　月　　日

(宛先)伊那市長

〒
住　所　伊那市

氏　名

電話番号　　―　　―

次のとおり伊那市後期高齢者人間ドック補助金の交付を申請します。
なお、申請に当たり、私に係る市税及び分担金、使用料その他の歳入の納付状況を確認することに同意します。

被保険者番号	
氏　　名	
生年月日	年　　月　　日 生（　　歳）
人間ドックの種類	1　日帰り受診　　2　1泊受診
受診年月日	年　　月　　日　～　　日
受診した医療機関名	
重複受診確認	同一年度内に受けられるのは人間ドック・循環器健診のいずれか1つです。 重複受診した分は全額自己負担となります。 □　確認しました
添付書類	領収書・健診結果書・高齢者おたずね票（申請時に記載してください。）

□公金受取口座を利用（振込先の記入は、不要です。）
□振込口座を指定（振込先を記入してください。）

振込先金融機関		
振込先金融機関名	銀行 信金 農協 （　　）	本店 支店 支所 （　　）
	ゆうちょ銀行	記号　　番号
預金の種類	1　普通　　2　当座　　3（　　）	
口座番号		
ふりがな 口座名義人		
委　任　状	なお、交付される補助金の受領については、口座名義人に委任します。 氏名　　㊞	