

上川町脳ドック等動脈硬化予防検診費用助成申請書兼同意書

年 月 日

上 川 町 長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

次のとおり、脳ドック等動脈硬化予防検診費用助成の申請をします。

1 対象者の氏名及び生年月日

|       |          |         |
|-------|----------|---------|
| 対象者氏名 | 対象者の生年月日 | 年齢（受診時） |
|       | 年 月 日    | 歳       |

2 申請検診内訳

| 検診名      | 検診年月日 | 検診費用の額 | ※助成金額 |
|----------|-------|--------|-------|
| 脳ドック検診   | 年 月 日 | 円      | 円     |
| 頸動脈エコー検査 | 年 月 日 | 円      | 円     |
| 血圧脈波検査   | 年 月 日 | 円      | 円     |
| ※助成額合計   |       |        | 円     |

（注）申請者は※の欄は記入しないでください。  
必ず領収書、検診結果を添付してください。

3 振込先及び課税状況

| 振<br>込<br>先 | 銀 行 名     | 種 別<br>(どちらかに○) | 口座番号 | 口座名義<br>(カタカナで記入) |
|-------------|-----------|-----------------|------|-------------------|
|             | ( 支店・ 支所) | 普通<br>当座        |      |                   |

同 意 書

申請にあたり私は、私と私の所属する世帯の世帯主及び世帯員の住民基本台帳、町民税課税状況を町長が確認することに同意します。

年 月 日

氏名\_\_\_\_\_

|       |                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ※課税状況 | ・ 課税                      ・ 非課税                      ・ その他（生活保護・                      ） |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|