

第1号様式（第5条関係）

日進市後期高齢者医療健康診査費用補助金申請書兼実績報告書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者氏名
被保険者番号
住所
連絡先

日進市後期高齢者医療健康診査費用補助金交付要綱第5条の規定により、下記の同意事項に同意の上、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金申請額

円

2 振込先口座（口座名義人は申請者と同一であること）

	銀行	本店	口座種目	口座番号					
	信金	支店	普通						
	農協	出張所	当座						
フリガナ									
口座名義人									

同意事項

- （1）市が後期高齢者医療健康診査（以下「健康診査」という。）の結果を保存し、必要に応じて保健事業等に活用すること。
- （2）市が健康診査の結果のデータファイルを匿名化し、国及び県への実施結果報告として部分的に提出すること。
- （3）市が健康診査の受診について不明な点がある場合に、健康診査の実施機関に問い合わせること。

【添付書類】添付した書類の□にレ印を付けてください。

- 後期高齢者医療健康診査結果の写し（後期高齢者の質問票の回答を含む。）
- 実施機関の名称及び受診者の氏名が明記された健康診査の費用に係る領収書の写し
- 後期高齢者医療健康診査内容確認票（第2号様式）
- その他市長が必要と認める書類