

第4号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

日進市長 印

日進市国民健康保険特定健康診査費用等補助金交付・不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった日進市国民健康保険特定健康診査費用等補助金の交付について次のとおり決定したので、日進市国民健康保険特定健康診査費用等補助金交付要綱第6条第1項の規定により通知します。

1 審査結果 交付 ・ 不交付

2 交付決定額 _____ 円

(内訳)

項目		金額		
特定健康診査	必須項目及び市独自項目	円		
	詳細項目	心電図検査	円	
		貧血検査	円	
		眼底検査	円	
特定保健指導	動機付け支援	初回面接	円	
		実績評価	円	
	積極的支援	初回面接	円	
		支援A	P※	円
		支援B	P※	円
		実績評価		円

※ それぞれ実施した継続支援のポイント数が記入してあります。

3 振込予定日 _____ 年 月 日

4 不交付の理由 _____