様式第５号（第１０条第２項）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　四街道市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

四街道市後期高齢者医療短期人間ドック助成金償還払申請書兼請求書

　下記のとおり短期人間ドック助成金について、四街道市後期高齢者医療短期人間ドック

助成事業実施要綱第１０条第２項の規定により申請し、請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 受検年月日 | 令和　　年　　月　　日　　～　令和　　年　　月　　日 | | |
| 受検費用 | 円　（Ａ） | | |
| 助成金申請額 | 金　　　　　　　　　　　円  （Ａ×７／１０（１００円未満切捨て）※上限２５，０００円） | | |
| 被保険者証の記号番号 |  | | |
| 金融機関名 |  | 本・支店（所） |  |
| 預金の種類 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | |
|  | | |
| 添付書類 | ⑴　短期人間ドック検査報告書  ⑵　四街道市後期高齢者医療短期人間ドック受検承認書（様式第２号）  ⑶　短期人間ドックの領収書  ⑷　四街道市後期高齢者医療短期人間ドック助成事業問診票 | | |

記

注　申請者欄は受検者氏名をご記入ください。