

三種町脳ドック検診費助成金交付申請書

		受付番号	
住 所	三種町		
(ふりがな) 受診者氏名		電話番号	—
生 年 月 日	昭和 年 月 日	性 別	男 ・ 女
希 望 する 医療機関名		脳血管疾患 治 療 中	有 ・ 無
<p>三種町脳ドック検診費助成金交付要綱に基づく脳ドック検診費の助成を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>また、検診結果については三種町に報告されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: auto; margin-right: 0;"> <p>※職員使用欄</p> <p>【本人確認書類】</p> <p><input type="checkbox"/>マイナンバーカード <input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>健康保険証</p> <p><input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> </div> <p>三種町長 様</p>			

以下は記入しないでください。

該 当 要 件	住所要件	町民 ・ 町民外
	年齢制限	年度内（40歳未満・40歳以上75歳未満・75歳以上）
	同一年度内受診	有 ・ 無
	過去5年以内受診	有 ・ 無
	脳血管疾患治療中	有 ・ 無

審 査 結 果	可	不可
---------	---	----