

二宮町人間ドック補助金交付申請書

申請日を記入

令和4年4月28日

二宮町長 殿

申請者 住 所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410
氏 名 二宮 太郎
電話番号 0463-71-7100

令和4年度から
押印不要です。

二宮町人間ドック補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

フリガナ	ニノミヤ タロウ	性別	
氏名	二宮 太郎 ← 人間ドックを受診した方	男・女	男
住所	二宮町二宮 1410		
生年月日	昭和46年5月1日 (満50歳) ← 年度年齢74歳までが対象		
被保険者証番号	55-●●●●●●●● ← 保険証記載の番号を記入		
受診医療機関	二宮クリニック ← 人間ドックを実施した医療機関		
受診年月日	令和4年4月2日 ← 人間ドックを実施した日付		
申請金額	10,000円(上限金額10,000円) ← 10,000円が上限(窓口負担額)		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証の写し <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関等の領収書 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック健診結果票の写し <input checked="" type="checkbox"/> 問診票の写し	必要書類が揃っていれば、各ボックスにレ点を記入 医療機関から問診票の返却等がない場合は、町作成様式に記入	
同意書	当該申請に関する、私の町税の納入状況を確認することについて、同意した上で申請します。 人間ドックを受診した方が「自署」。印刷やゴム印等不可 本人署名 二宮 太郎 令和4年度から押印不要です。		

《備考》

- 人間ドック補助金を交付された方は、町が実施する特定健康診査を受けることはできません。
- 特定健康診査に該当する検査項目の検査結果データは、特定保健指導の対象者の階層化に利用させていただきます。検査結果のデータファイルは、国への実績報告として、匿名化され部分的に提出されます。また、検査結果データは、町の健康づくり事業及び個別保健指導の基礎データとして利用させていただくことがあります。(それ以外の目的に使用することはありません。)

二宮町人間ドック補助金交付請求書

年 月 日

二宮町長 殿

日付は空欄 (交付決定の日付となるため)

請求者 住 所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410
氏 名 二宮 太郎
電話番号 0463-71-7100

日付は空欄 (交付決定の日付となるため)

令和4年度から
押印不要です。

年 月 日付で交付決定のあった二宮町人間ドック補助金について、次のとおり請求します。

1. 請求額 10,000 円 ← 交付申請書にて記入した申請金額

2. 振込先

金融機関名		預(貯)金種目
中 南	銀 行	1. 普通
	信用金庫	2. 当座
	農 協	3. その他()
口座番号	口座名義	
●●●●●●●●	(フリガナ)ニノミヤ タロウ	
	二宮 太郎	← 請求者と同名

請求者と異なる口座へ振り込みを希望される場合は、
別途「委任状」の提出が必要となります。

書式は窓口または HP 内にあります。

委任状

年 月 日

二宮町長

様

日付は空欄（交付決定の日付となるため）

請求者

住所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410

氏名 二宮 太郎



日付は空欄（交付決定の日付となるため）

押印が必要です。

私は、
年 月 日付で交付決定のあった二宮町人間ドック補助金の受領を次の者に委任します。

受領者

住所 神奈川県中郡二宮町二宮 1410

氏名 二宮 花子

二宮町人間ドック補助金交付請求書の振込先に
記載した方の住所と氏名をご記載ください。