第１号様式（第５条関係）

二宮町人間ドック補助金交付申請書

年　　　月　　　日

二宮町長　　　　　　　殿

申請者　住　　　所

氏　　　名

電話番号

　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 |  | 性別 |
| 氏名 |  | 男　・　女 |
| 住所 | 二宮町 | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（満　　　歳） | |
| 被保険者証番号 |  | |
| 受診医療機関 |  | |
| 受診年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 申請金額 | 円（上限金額10,000円） | |
| 添付書類 | □被保険者証の写し  □医療機関等の領収書  □人間ドック健診結果票の写し  □問診票の写し | |
| 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。  本人署名 | | |

≪備考≫

（１）　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。

（２）　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。）