

荒川区脳ドック受診費用助成金交付申請書

↓ 記入日（申請日）

年 月 日

荒川区長 殿

利用者	氏名	荒川 太郎		
	生年月日	昭和50年1月1日	保険種類	国保・後期
	住所	〒116-0002 荒川区 荒川2丁目2番3号		
	電話番号	03-3802-4065		
	医療機関	〇〇病院	受診(予定)年月日	R7年7月7日

代理人（申請時点で同一世帯以外の方）による申請の場合は委任状が必要です。

申請者	住所	〒
	電話番号	
	ふりがな	
	氏名	

この欄は、代理人（同一世帯以外の方）が申請する場合のみ、記入が必要です。また、委任状と代理人の方の本人確認書類が必要です。

荒川区脳ドック受診費用助成金について、下記のとおり交付申請します。

助成対象経費	金 38,500 円
交付申請額 (助成対象経費×1/2) ※上限2万円	金 19,200 円

【個人情報の取り扱いについて】

私は「脳ドック受診費用助成金」の申請内容の審査に必要な場合において、申請者に係る国民健康保険料の納付状況及び個人住民税の納付状況について、区が閲覧及び調査を行うことに同意します。

署名 荒川 太郎

事務処理欄（ 号）

- ※ 金額の記入誤りをした場合、訂正印による訂正はできません。申請書の書き直しをお願いします。
- ※ 助成対象経費には、脳ドック受診費用を税込みの代金でご記入ください。
- ※ オプションは助成対象外です。
- ※ 交付申請額は、助成対象経費の1/2（100円未満切捨て）で上限は2万円です。