

荒川区脳ドック受診費用助成金交付申請書

年 月 日

荒川区長 殿

利 用 者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	保険種類	国保・後期
	住 所	〒 荒川区		
	電話番号			
	医療機関		受診(予定)年月日	年 月 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	

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 円
交付申請額 (助成対象経費×1/2) ※上限2万円	金 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、区が閲覧及び調査することに同意します。

署名 _____

事務処理欄（ 号）				
年 月 日受 付	資格等確認	係員	係長	課長
年 月 日資格確認				
年 月 日決 定				
【交付決定・不決定（ ）】				