

別紙様式 1

決定 伺	課 長	主 幹	係 長	係 員	取扱者

人間ドック等受診補助申請書兼請求書

保険証記号番号	—		世 帯 主 名	
受診者氏名			世帯主との続柄	
受診医療機関 選 択	☐ 市民の森病院 ☐ 宮崎江南病院健康管理センター ☐ 野崎病院 ☐ 古賀検診センター			
受診ドック の名称		受診日	令和 年 月 日	
検 診 料 (消費税を 除く)		補 助 金 申 請 額	脳ドック検診料の4割補助 円	
上記のとおり申請並びに請求いたします。 令和 年 月 日 申請人（世帯主） 住所 綾町大字 番地 氏名 印 綾町長 様				

交付決定額	支払日	リスト入力 ☐
円	年 月 日	