第1号様式(第8条関係)

蒲郡市国民健康保険脳ドック検査費用助成申請書

年　　月　　日

蒲　郡　市　長　様

申　請　者　住　所
(受診希望者)　氏　名
電　話

蒲郡市国民健康保険脳ドック検査費用の助成に関する規則に基づく助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

受診希望者	フ　リ　ガ　ナ	
	氏　　名	
	生年月日・年齢	年　　月　　日(　　歳)
世帯主の氏名・続柄		(世帯主との続柄　　)
被保険者記号・番号		―

同　　意　　書(自署又は記名押印)

受診希望者が助成対象者であることを確認するために必要があるときは、私及び私の世帯に属する被保険者全員の国民健康保険税その他の市税の納付状況について、確認事務を行うことに同意します。

世帯主　氏名