

第1号様式（第8条関係）

蒲都市後期高齢者医療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

蒲都市後期高齢者医療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・性別	(男・女)
	生年月日・年齢	年 月 日(歳)
被保険者証番号		

同意書

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、私の後期高齢者医療保険料及び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。

氏名