

【記入例】

別記様式第1号(第3条関係)

菊陽町国民健康保険人間ドック健診申込兼補助金交付申請書

申請日 年 月 日

菊陽町長 様

菊陽町国民健康保険人間ドック健診奨励補助金交付要綱第3条の規定により、申込及び補助金の交付を申請し、次の事項に同意します。

必ず
チェック

- ☒ 受診した人間ドック健診結果を健診機関が菊陽町へ送付すること。
- ☒ 健診結果により指導を必要とする場合は、医療機関や町の保健指導等に参加すること。
- ☒ 補助金の受領については健診機関に委任すること。
- ☒ 健診結果を町と熊本大学と国立長寿医療研究センターが共同で行う「健康長寿プロジェクト(※)」に活用することに同意すること。※運動や栄養教室への参加ご案内等を行う場合があります。

世帯主住所	菊陽町大字久保田2800番地		※日中つながる番号をご記入ください		
世帯主氏名	人参 太郎	電話番号	000-000-0000		
記号番号	菊陽	012345			
申込者氏名 (30歳以上の方が対象です。)	性別	生年月日	健診 コース番号	希望月	備考
フリガナ ニンジン タロウ	男 女	昭和・平成 51年1月1日	14	8月	夫婦同日希望 胃カメラ
人参 太郎					
フリガナ ニンジン ハナコ	男 女	昭和・平成 52年1月1日	14	8月	夫婦同日希望 胃カメラ
人参 花子					
昭和・平成 年 月 日					
昭和・平成 年 月 日					
昭和・平成 年 月 日					
補助金申請額 25,000円 × 2人分 = 50,000円					

※同意事項にチェックを入れ、枠内を記入してください。

※医療機関の申込状況によっては、希望に添えない場合もございます。
ご了承ください。
また、オプション等の詳細な項目については医療機関にご確認ください。

【申込締切：令和7年5月30日(金) 必着】