

## 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				
世帯主氏名		電話番号	※日中つながる番号をご記入ください。 ※携帯電話番号の場合は、SMSで連絡することもあります。		
記号番号	菊陽				
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 人參 太郎	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
フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日			
フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日			
フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日			
フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日			
補助金申請額	25,000円 × 人分 = 円				

※同意事項にチェックを入れ、枠内を記入してください。

※上記の健診コース番号欄には別紙の人間ドックコース表の番号を記入してください。

申込者1名につき1コースの補助となります。

※健診希望月に受診できない場合もあります。

※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。

※後日、対象者に該当しないことが判明した場合、補助金を返還させていただきます。

**【申込締切：令和7年5月30日(金)必着】**