

大府市長寿ドック受診料補助金交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所 大府市 町
(受診者)

氏 名 ㊟

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

大府市長寿ドック受診料補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり大府市長寿ドック受診料補助金の交付を申請します。

記

長寿ドック受診予約日	年 月 日 (予約後、健康増進課に連絡でも可)	
健康保険証の種類	大府市国民健康保険 ・ 大府市国民健康保険以外	
確認事項	今年度、市が実施する特定健康診査、人間ドック又は レディースドックを受けていません。	はい いいえ
	今年度、市が実施する胃がん検診、大腸がん検診又は前立 腺がん検診を受けていません。	はい いいえ

私は、大府市長寿ドック受診料補助金交付申請に係る住民基本台帳の閲覧に関して同意します。

年 月 日

氏 名 ㊟

以下は記入しないでください

健康増進課確認欄	今年度及び前年度の 補助金交付の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
----------	-----------------------	---