

丹波市人間ドック等利用助成申請書

令和 8 年 6 月 20 日

丹波市長 林 時彦 様

記入例

提出日です

下記のとおり、関係書類を添えて人間ドック等受診料等助成金を請求します。

なお本申請にあたり、保険税（料）情報の閲覧及び健診結果・精密検査結果等に対し、必要に応じ医療機関等に確認を行うことに同意します。

*電話番号、メールアドレス（ある場合）を記載いただくことで、請求印を省略することができます。但し、記入間違いがある場合、請求印は省略出来ず、訂正箇所にも請求印を押印ください。（修正液や修正テープでの修正はしないでください。）

*振込を委任される場合は、申請者欄の押印及び委任欄の押印（同じ㊟）が必要です。

*太枠内のみ記入ください

申請者 (受診者本人)	フリガナ 氏名	タンバ ハナコ 丹波 花子 ㊟		生年 月日		
	住所	丹波市氷上町石生 2059-5				
	電話番号	090-0000-0xΔ0	メールアドレス (任意)			
	保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度			
助成申請内容	受診年月日	令和 8 年 5 月 10 日				
	受診医療機関	<input type="checkbox"/> ミルネ診療所 健診センター		<input type="checkbox"/> 医療法人敬愛会 大塚病院		
		<input checked="" type="checkbox"/> その他 (○Δ健診センター)				
	健診の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 脳ドック	<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック		
	受診料(税込み)	00,00Δ 円				
請求額	ΔΔ,ΔΔΔ 円 (助成対象額)				※100円未満切り捨て	
振込先	本・支店名	種別	口座番号		口座名義人	
銀行・農協 ○Δ 信用金庫 信用組合	×Δ 本店 支店 出張所	普通 当座	0 0 0 0 × 1 1		フリガナ タンバ ハナコ 丹波 花子	
委任欄	この欄は、申請者以外の口座に振込みを希望される場合のみ記入してください。					
	上記助成金の受領に関することを下記の者に委任します。委任者 ㊟					
	受任者 住所 _____					
	氏名 _____ (申請者との続柄 _____)					
	生年月日 昭・平 年 月 日 電話番号 _____					

電話番号、メールアドレス（任意）を記入いただくことで、請求印を省略することができますが、その場合、一切の訂正は不可とします。

どれかにしてください。

わかりにくい場合は、空欄でも結構です。

- 【添付書類】 領収書 健診結果 *ミルネ・大塚病院は不要
質問票 *ミルネ・大塚病院は不要 丹波市受診券

支所受付印	担当課受付印
-------	--------

※担当課処理欄 受付番号 _____

助成対象額	円	助成決定額	円
<input type="checkbox"/> 25,000 円	<input type="checkbox"/>	円 × 1/2 =	円

裏面 市記入欄あり

丹波市人間ドック等利用助成申請書

丹波市長 林

委任欄あり記入例

和 8 年 6 月 20 日

提出日です

下記のとおり、関係書類を添えて人間ドック等受診料等助成金を請求します。

なお本申請にあたり、保険税（料）情報の閲覧及び健診結果・精密検査結果等に対し、必要に応じ医療機関等に確認を行うことに同意します。

*電話番号、メールアドレス（ある場合）を記載いただくことで、請求印を省略することが出来ます。
但し、記入間違いがある場合、請求印は省略出来ず、訂正箇所にも請求印を押印ください。
（修正液や修正テープでの修正はしないでください。）

*振込を委任される場合は、申請者欄の押印及び委任欄の押印（同じ㊟）が必要です。

*太枠内のみ記入ください

申請者 (受診者本人)	フリガナ 氏名	タンバ ハナコ		生年	昭和・平成	
	住所	丹波市氷上町石生 2059-5				
	電話番号	090-0000-0x△0	メールアドレス (任意)			
	保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険		
助成申請内容	受診年月日	令和 8 年 5 月 10 日				
	受診医療機関	<input type="checkbox"/> ミルネ診療所 健診センター		<input type="checkbox"/> 医療法人敬愛会 大塚病院		
	健診の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 脳ドック	<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック		
	受診料(税込み)	00,00△ 円				
	請求額	△△,△△△ 円 (助成対象額)		※100円未満切り捨て		
振込先	本・支店名	種別	口座番号		口座名義人	
銀行・農協 ○△ 信用金庫 信用組合	×△ 本店 支店 出張所	普通 当座	0 0 0 0 × 1 1		フリガナ タンバ ハナコ 丹波 花子	
委任欄	この欄は、申請者以外の口座に振込みを希望される場合のみ記入してください。					
	上記助成金の受領に関することを下記の者に委任します。 委任者 丹波 花子					
	受任者 住所 丹波市氷上町石生2059番地×					
	氏名 丹波 太郎 (申請者との続柄 夫)					
	生年月日 昭・平 22 年 5 月 1 日 電話番号 090-▽△△△-□□□□					

振込を委任される場合は、㊟が必要です。

わかりにくい場合は、
空欄でも結構です。

【添付書類】

- 領収書 健診結果 *ミルネ・大塚病院は不要
 質問票 *ミルネ・大塚病院は不要 丹波市受診券

支所受付印	担当課受付印
-------	--------

※担当課処理欄 受付番号 _____

助成対象額	円	助成決定額	円
<input type="checkbox"/> 25,000 円	<input type="checkbox"/>	円 × 1/2 =	円

裏面 市記入欄あり