

様式第 1 号(第 5 条関係)

能美市糖尿病合併症検査費用助成申請書

年 月 日

能美市長 宛て

申請者

住 所 能美市

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号 () —

能美市糖尿病合併症検査費用助成事業実施要綱第 5 条に基づき、糖尿病合併症検査費用の助成を受けたいので申請します。

1. 糖尿病合併症検査日 年 月 日

2. 受診医療機関名

3. 加 入 保 険 名 能美市国保 ・ 社会保険

医療機関への支払額 (円)		
年月日	領収書金額	助成対象経費 (A)
	円	円
助成申請額 (B)	(A) / 2 100 円未満切捨て	円
助成額 (C)	(B) と 5,000 円のいずれか低い額	円

※添付書類：(1) 糖尿病合併症検査に要した費用が確認できる領収書 (原本) 等
(2) 国保加入者のみ、特定健診検査項目の内容が確認できる文書等

※確認事項：

- ☐ 医療機関、調剤薬局及び保険者へ申請内容の確認をすることについて了承します。
☐ 他の糖尿病合併症検査費用の助成を受けていません。
☐ 能美市血管ドックの助成を受けていません。
☐ 能美市から求められたアンケート調査に協力します。
☐ かかりつけ医 (医院名：) からの紹介です。

次の口座に振り込むよう依頼します。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義人 (カタカナ)
		普・当		

注) 受診月の翌月から数えて 6 箇月以内に申請してください。