

※表面を確認してから、記入してください。

能美市長		あて		(申請日)	年	月	日	
私は、能美市人間ドック・脳ドック費用助成事業実施要綱第6条に基づき、下記の受診券の交付を申請いたします。								
希望のコース (○で囲む)		・血管ドック ・がんどック ・脳ドック						
対象年齢 (○をつける)	血管がん		S 5 9 . 4 . 1 ~ S 6 0 . 3 . 3 1 生					
			S 5 4 . 4 . 1 ~ S 5 5 . 3 . 3 1 生					
	血管がん 脳		S 4 9 . 4 . 1 ~ S 5 0 . 3 . 3 1 生					
			S 4 4 . 4 . 1 ~ S 4 5 . 3 . 3 1 生					
			S 3 9 . 4 . 1 ~ S 4 0 . 3 . 3 1 生					
			S 3 4 . 4 . 1 ~ S 3 5 . 3 . 3 1 生					
			S 2 9 . 4 . 1 ~ S 3 0 . 3 . 3 1 生					
[脳ドックガイドラインより] ※血縁者に脳卒中になられた方がいる方、高血圧、喫煙者、肥満がある該当年齢の方は脳ドックを受けるようにしてください。								
申請者	住所	〒 能美市		電話番号				
	ふりがな 氏名			生年月日	年	月	日 (歳)年度末の年齢	
	保険証の種類	・協会けんぽ ・健保組合 ・その他 ()					保険証をコピー	
	前回の受診	年		月	(ドックコース)		
	希望病院 (○で囲む)	・能美市立病院 ・寺井病院 ・芳珠記念病院						
<ul style="list-style-type: none"> ・この申請の審査の際、市長が私の市税等の納付状況を閲覧することについて、同意します。 ・検査結果について医療機関から市へ提供することに同意します。 								
_____年 月 日 署名_____								

* 次の欄は、記入しないでください。

受付番号		受付者	
受診の 適否	受診を 適当 ・ 不適 と認める。 [不適の理由] 未完納(納付済 ・ 未) ・ 年齢対象外 ・ 助成有 ・ 受診有		
受診券 交付日	年	月	日
	交付番号		