

【注意】令和6年度中に脳ドックを受診し、助成された方は、
令和7年度はお申込みできません。ご了承ください。

様式第1号（第4条関係）

恵庭市国民健康保険被保険者・後期高齢者医療制度被保険者
脳ドック検査費用助成申請書

令和 年 月 日

恵庭市長 様

脳ドックを受診する方の記号、番号及び氏名等を記載してください。

記 号		番 号	
-----	--	-----	--

受 診 者	住 所	恵庭市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	大正 昭和	年	月 日 （ 歳）
	電話番号	— —		

助 成 額	恵庭市国民健康保険被保険者及び後期高齢者医療制度被保険者脳ドック検査 費用助成要綱8条に基づく助成金額 円
-------	---

受 領 委 任	上記助成額について、受領を恵庭市長に委任します。
---------	--------------------------

受付印

市記載欄：前年度受診状況確認欄

有 □	無 □	その他 □
--------	--------	----------