

令和8年度 備前市後期高齢者人間ドック検査費用助成金交付申請書

備前市長 様

令和 年 月 日



申請者 住所 備前市

氏名

電話番号

令和8年度の人間ドック検査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申込日現在において後期高齢者保険料の滞納はありません。

本件の申込に係る必要な収納状況等を確認することについて同意します。

人間ドック等の受診結果を、市が指定医療機関から取得し、後期高齢者健康診査の受診結果として取り扱うことに同意します。

生年月日	年 月 日 (歳)
指定医療機関	市立備前病院 市立日生病院 市立吉永病院 大ヶ池診療所 木村内科 草加病院 木村医院 北川病院 平病院
検査日	年 月 日 予約済

※備前市使用欄

決 裁 欄			処 理 欄		
課長	係長	担当	受付者	適否	処理番号