

令和 年 月 日

諏訪市長 殿

申請者 住所 諏訪市

氏名(受診者)

※自署しない場合は、記名押印してください。

生年月日 大正 昭和 年 月 日 歳

電話

被保険者番号

諏訪市後期高齢者医療人間ドック補助金交付申請書

下記のとおり諏訪市後期高齢者医療人間ドック補助金を交付されたく申請します。

記

交付申請額

円

医療機関名	諏訪赤十字病院・諏訪中央病院・富士見高原病院 相澤病院・その他（ ）		
人間ドックの種類	日帰り・1泊2日	受診料	円
受診日	令和 年 月 日 ～ 月 日		
補助金振込金融機関	銀行・信金 信組・農協	支店名	本店・支店 本所・支所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人(カタカナ)			
支給される補助金の受領については、上記口座名義人に委任します。			
申請者(受診者)			印

私は、私の諏訪市税及び長野県後期高齢者医療制度の保険料に係る納付の状況について、諏訪市が課税台帳その他の関係資料を閲覧することに同意します。

申請者(受診者)

支給金額（市で記入）

円

*市税、後期高齢者医療保険料完納確認欄