

様式第1号（第5条関係）

人間ドック助成申請書

対象者	氏名			生年 月日	年 月 日
	住所				
	連絡先	(様方)			
対象者以外の世帯構成員	氏名	続柄	生年月日	住所	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 対象者に同じ	

上記のとおり、人間ドックの助成を受けたいので、南あわじ市人間ドック助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

なお、本申請にあたって、次の事項に同意します。

- (1) 審査に必要な範囲で、市が申請者及び世帯構成員の市税、後期高齢者医療保険料及び介護保険料の納付状況その他必要事項の調査・確認をすること
- (2) 人間ドックの結果により保健指導が必要となった場合には保健指導を受けること
- (3) 申請日において、引き続き1年以上市内に居住していること

年 月 日

南あわじ市長 様

申請者 住所

氏名

(注意事項)

- 1 助成対象者は、年度の末日において満40歳以上の方です。
- 2 助成の対象・必須となる検査項目は、特定健診項目、肺がん検査、胃がん検査、大腸がん検査、乳がん検査、子宮頸がん検査となります。
 ※ 特定健診項目は、国民健康保険被保険者及び後期高齢者医療被保険者が対象となります。
 ※ 乳がん検査、子宮頸がん検査は年度の末日において偶数年齢の女性が対象となります。
- 3 年度内に町ぐるみ健診を受診した場合は、助成の対象となりません。
- 4 承認決定後、年度内に町ぐるみ健診を受診した場合も、助成の対象となりません。