

別 記

第 1 号様式（第 4 条関係）

高齢者短期人間ドック利用助成金交付申請書

被保険者番号				
申請者名 (利用者名)		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
検査医療機関名				
検査予定年月日	令和	年	月 日	～ 令和 年 月 日
検査種別	1 1日	2 1泊2日	3 通院2日	
受検理由	1 健康管理	2 その他 ()		
鴨川市高齢者短期人間ドック利用助成要綱第 4 条の規定により上記のとおり申請 します。				
鴨川市長 様				
令和 年 月 日				
申請者（利用者）				
住 所 鴨川市				
氏 名 ⑩				
電 話				