

町長	副町長	課長	係長	係

## 人間ドック補助金交付申請書

受診者 氏名	男・女	被保険者証	記号	高森
			番号	
生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)	健診年月日	令和 年 月 日から	
			令和 年 月 日まで	
人間ドックに要した費用の額		円		

人間ドック費用の領収書、健康診断結果（写し）を添えて申請します。  
 健康診断結果情報を保健事業に使用することを承諾します。  
 補助金交付決定審査のため、町税等納付状況の確認を行うことを承諾します。

令和 年 月 日

申請者 住所 高森町

氏名 (印)

(TEL — )

高森町長 様

○人間ドック補助金交付申請の際にご提出頂いた健康診断結果の写し等の個人情報は、「高森町個人情報保護条例」に基づき適切に取り扱います。保健指導以外の目的には使用しません。