

記入例

様式第1（第5条関係）

記入して頂く箇所

小牧市高齢者等健康診断書料助成交付申請書

年 月 日

（あて先）小牧市長

必ず対象者のお名前をご記入ください。

申請者 住所 小牧市堀の内三丁目1番地
氏名 小牧 太郎
電話番号 (0568) 76-1193

小牧市高齢者等健康診断書料助成交付要綱第5条の規定に基づき、健康診断書料の助成を受けたいので申請します。

健康診断に記載の日と同日か確認。診断日から60日以内の申請か確認

対象者	小牧 太郎
健康診断受診日	△△ 年 ××月 口口日
医療機関名	◎◎病院
交付申請額	金 円

金額は市で記入（空欄に）上限1万円、10円単位切捨確認

健康診断書の利用目的

デイサービスを利用するため

どんな介護保険・高齢者福祉サービスを受けるために診断書を書いてもらったか、ご記入ください。

生計を一にする世帯の状況

氏名	続柄	年齢	職業	備考

健康診断書料助成の可否を審査するため、生計を一にする世帯全員の市民税課税状況等を担当者が確認することに同意します。

診断書の日付から60日以内の申請か確認

氏名（署名） 小牧 花子

必ず対象者の署名をお願いします。

※健康診断書の写し、領収書の写しを添付してください。

記入例

請求書

金 円

金額は市で記入（空欄に）上限1万円、10円単位切捨確認

ただし、令和 年度小牧市高齢者等健康診断書料助成金として、
上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

日付は市で記入
(空欄に)

(あて先) 小牧市長

請求者 住所 小牧市堀の内三丁目1番地

請求者=対象者です。

氏名（署名） 小牧 太郎

1 助成金については、下記の口座に振り込み願います。

2 助成金については、下記口座名義人に受領委任します。

請求者と振込口座名義が異なる場合は請求者の名前で委任を受けてください。

委任者氏名（署名） 小牧 太郎

口座振込 金融機関名	小牧	銀 行 信 用 金 庫 農 協	小牧 支店
預金種別	普通	・	当座
口座番号	0 0 0 0 0		
ふりがな	こまき はなこ		
口座名義人	小牧 花子		