

小川村 PET 検診及び脳ドック検診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

小川村長様

受 診 者	住 所 小川村大字
	氏 名 印
	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

____年度の PET 検診 ・ 脳ドック検診 を受けましたので下記のとおり補助金を交付してください。

記

1. 検査日

年 月 日

2. 受診料

円

3. 健康保険等の制度による助成額

円

※ 助成が無い場合は0円と記入してください

4. 検診費用

2.受診料 — 3.他制度による助成
円

5. 補助額

検診費用×0.3
円

※ ただし要綱に規定する額を限度とする
PET検診30,000円、脳ドック検診15,000円

6. 振込先口座番号（受診者本人名義のみ）

金融機関名	支店名 (ゆうちょの場合店番)	口座番号	(ふりがな) 口座名義人

7. 添付書類

① 基本健康診査の結果及び本人負担額が確認できる書類の写し

② PET 検診又は脳ドック検診の結果及び本人負担額が確認できる書類の写し

事務確認事項 補助の対象となる方は、次の各号のいずれにも該当する方です。（口欄へチェック記入）

- (1) 村内に住所を有する者
- (2) 1年以内に基本健康診査の受診が済んでいる者
- (3) 当該年度において、この要綱における同一検診の助成金の交付を受けていない者
- (4) 村税等を滞納していない者