

第1号様式（第5条関係）

多摩市後期高齢者医療総合健康診査料助成金交付申請書兼請求書

受診者	被保険者番号		資格取得日	年	月	日
	氏名		生年月日	年	月	日
	交付申請及び請求の額	円	受診日	年	月	日

後期高齢者医療総合健康診査料助成金の交付をされたく、多摩市後期高齢者医療総合健康診査料助成金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請し、助成金の交付の決定を受けたときは、当該決定日をもって、助成金を下記の口座に振り込むよう請求します。

なお、この申請書に添付する診査の結果を、多摩市が行う後期高齢者医療健康診査の結果に反映し、保健指導その他の保健事業に活用することについて同意します。

年 月 日

多摩市長 殿

申請者（受診者）住所
氏名
電話番号

振込先	銀行・信金 農協・信組	支店名	店番号				
口座種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							

【注意事項】

同じ年度内に後期高齢者医療健康診査を受診した場合は、後期高齢者医療総合健康診査料助成金を受けられません（助成金交付後に同じ年度内に後期高齢者医療健康診査を受診したことが明らかになった場合は、助成金を返還する必要があります。）。

対象年度	年度	資格 確認	納付 確認	重複 確認	項目 確認
------	----	----------	----------	----------	----------

受付印