

受診者	被保険者番号	12345678	資格取得日	平成〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	多摩 太郎	生年月日	昭和〇年 〇〇月 〇〇日
	交付申請及び請求の額	10.000 円	受診日	令和〇年 〇〇月 〇〇日

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。

令和〇年 〇〇月 〇〇日

多摩市長 殿

申請者（受診者）住所 **多摩市関戸6丁目12番地1**

氏名 **多摩 太郎**

電話番号 **042-375-8111**

振込先	銀行・信金 ゆうちょ	支店名	〇-八 支店	店番号	0 1 8
口座種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
フリガナ	タマ タロウ				
口座名義人	多摩 太郎				

【注意事項】

同じ年
れません
助成金を

被保険者または被保険者が指定する方の口座情報についてご記入ください。
通帳等をご確認の上、漏れのないようお願いいたします。

を受けら
場合は、

対象年

※ゆうちょ銀行を指定する場合の注意点
振込専用の支店名、店番号（最後の桁が「8」の3桁）、口座番号7桁を
記載してください（上記の例を参照）。
通帳の表紙をめくったページ最下部に記載があります。