

第1号様式（第7条関係）

外来人間ドック、脳ドック施設利用申込書					
No. _____					
被 保 険 者 番 号	阿国保		世 帯 主 氏 名		
申 込 被 保 険 者	氏 名		世帯主との続柄		男・女
	生 年 月 日	年 月 日		歳	
施 設 名					
ド ッ ク の 種 類					
阿久根市国民健康保険外来人間ドック施設利用規則を遵守し、上記のとおり利用したいので申込みます。 なお、補助金の交付決定に当たり、私を含めた世帯全員の国民健康保険税の納税状況について調査されることに同意します。 年 月 日 住 所 阿久根市 氏 名 （宛先）阿久根市長					

利用券受領印	利用券交付	決定補助金額	予約確認	資格確認	税確認
	有・無	円	予約有り 予約無し	1年以上 1年未満	完 納 滞納有り

決裁区分	課 長	課長補佐	係 長	係

外来人間ドック施設利用申込により、上記のとおり決定する。

年 月 日