様式第２号

令和　　年　　月　　日

　上野村長　黒澤　八郎　　様

住所　上野村大字

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（電話　５９－　　　　　　）

上野村脳ドック検診費補助金交付申請書

下記により脳ドック検診費の補助を受けたいので申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 男・女 | 医療保険の種類 | 国保・全健保･後期高齢その他（　　　　　　　） |
|  | 大・昭 　　年　　　月　　日（　　　歳） | 保険者名 |  |
| 検診医療機関 | 公立藤岡　・　黒沢病院　・　公立富岡 |
|  | 令和　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　月　　　　日 |
|  調　査　事　項 |
| 　１．以前に脳ドックを利用したことがありますか？ |
| 　　　　ア　ある　　（　　　　年：病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　イ　ない |
|  |
| 　２．脳ドックを利用したい理由。 |
| 　　　　ア　健康であるが念のため。 |
| 　　　　イ　体のどこかに異常が感じられるような気がするため。 |
| 　　　　　　具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　ウ　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 　２．あなたの加入している医療保険で、今回脳ドック検診費の助成が受けられない理由は |
| 　　　何ですか？ |
| 　　　　ア　制度がない　　イ　該当年齢でない　　ウ　その他 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊公立富岡は1～3月のみ　公立藤岡・黒沢病院は7～3月で希望してください。