

平成 年 月 日

上野村長 様

住所 上野村大字 番地

氏名 印

(電話 )

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

受診者氏名		男・女	医療保険の種類	国保・全健保・後期高齢 その他 ( )
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		保険者名	
検診医療機関				
検診希望日	平成 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 ( )				