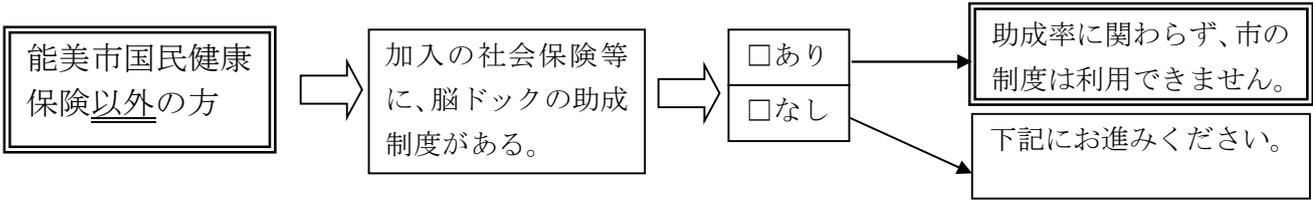
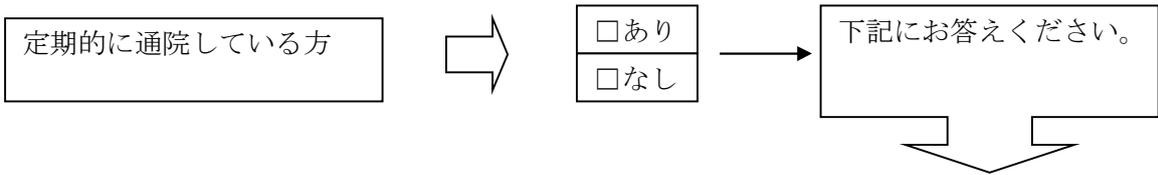


令和8年度 脳ドック受診券交付申請書

能美市脳ドック費用助成事業の目的は、症状のない脳の異常を早期に発見し早期に治療を行うことおよび検査結果により生活習慣を見直し、病気の発症を予防し、健康を長く維持するために実施するものです。



※加入の社会保険等に助成制度があるか分からない場合は、必ず確認してから申請してください。



※お薬を飲んでいなくても健診等で指摘されたことがある方や、食事、運動療法のみ行っている方も☑をつけてください。

- 糖尿病 高血圧 脂質異常症
- 心臓の病気 腎臓の病気 その他 ()

- 脳の病気 ()
- 脳の手術 無・有 ()
- 脳神経外科の定期通院 無・有 → 脳ドックではなく医療保険での検査をお勧めします。
脳の検査受診については主治医とご相談ください。

※表面を確認してから、記入してください。

能美市長		あて		(申請日)	年	月	日
私は、脳ドック費用助成事業実施要綱第6条に基づき、下記の受診券の交付を申請いたします。							
コース		脳ドック					
対象年齢 (該当箇所に○)		S51. 4.1～S52. 3.31生					
		S46. 4.1～S47. 3.31生					
		S41. 4.1～S42. 3.31生					
		S36. 4.1～S37. 3.31生					
		S31. 4.1～S32. 3.31生					
申請者	住所	〒 能美市		電話番号			
	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)年度末の年齢		
	保険証 の種類			○で囲む	本人 被扶養者		
	前回の受診	年 月		(ドックコース)		
	希望病院 (○で囲む)	・能美市立病院 ・寺井病院 ・芳珠記念病院					
<ul style="list-style-type: none"> ・この申請の審査の際、市長が私の市税等の納付状況を閲覧することについて、同意します。 ・検査結果について医療機関から市へ提供することに同意します。 							
_____年 月 日 署名_____							

* 次の欄は、記入しないでください。

受付番号		受付者	
受診の 適否	受診を 適当 ・ 不適 と認める。 [不適の理由] 未完納(納付済 ・ 未) ・ 年齢対象外 ・ 助成有 ・ 受診有		
受診券 交付日	年 月 日	交付番号	