

申請書記入例

消せるボールペンは使用しないでください

記号番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。枝番は記入不要です。

領収書の金額が15,000円に満たないときは領収書の金額を記入してください。

振込先の口座情報を記入してください。
ゆうちょ銀行の場合、通帳2ページ目下部に、受取口座の店名・店番・預金種目・口座番号の記載があります。

浦安市国民健康保険脳ドック費用助成申請書

令和7年 4月 30日

(宛先) 浦安市長

申請者 住所 浦安市猫実1-1-1
氏名 浦安 太郎
電話番号 047-351-1111

受診者	記号番号 (※)	浦一 111111	生年月日	昭和56年 4月 1日
	フリガナ 氏名	ウラヤス タロウ 浦安 太郎	受診日	令和7年 4月 5日
	実施機関名	浦安病院 〇〇クリニック		

※ 記号番号については、資格確認書、資格情報通知書、マイナポータル等で確認してください。

自己負担額(A)	助成上限額(B)	助成申請額 (A)と(B)のどちらか少ない額 を記入してください。
35,000円	15,000円	15,000円

(注)助成申請額を訂正した場合、本申請は無効

振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号
	浦安銀行	9 9 9 9	浦安支店	9 9 9
	口座種類	口座番号	口座名義(カタカナで記入)	
普通 当座・貯蓄	1 2 3 4 5 6 7	ウラヤス タロウ		

(注) 申請者と口座名義人が異なる場合は、以下委任状に記入が必要です。

委任状

私は、上記口座名義人(代理人)に浦安市国民健康保険脳ドック受診費用助成金の受領を委任します。

署名(申請者)

窓口で申請する日(郵送の場合は郵送する日)を記入してください。

・修正するときには、二重線を引き、訂正印を押印願います。
・修正液等は使用しないでください。

「自己負担額」と「助成申請額」欄は、訂正印による訂正はできません。

※間違えた場合は、新しい申請書に書き直して提出してください。記入する金額がわからない場合はお問合せください。

口座名義人が申請者以外の場合、申請者ご本人が記入してください。