

田尻町脳ドック助成事業申込書

受付者

フリガナ		性 別
氏 名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 （ 歳）	
住 所	〒 田尻町	
電話番号		
田尻町脳ドック 助成事業の利用 経験	・ある（ 回） ・ない	

確認事項

※あなたは以下の内容に当てはまりますか？申請時及び受診時において下記に該当しない方は脳ドック助成事業の対象外となります。

- ☐ 田尻町民で 40 歳（今年度末年齢 40 歳）以上である。
- ☐ 田尻町国民健康保険の被保険者ではない。
- ☐ 血圧治療中又は健診等で血圧 130/85mmHg 以上である。
- ☐ 脳血管疾患による入院治療を受けていない。
- ☐ 職場、会社等の健診や人間ドック等で当該年度内に脳ドック受診費用の助成を受けていない。
- ☐ 対象者及び対象者の属する住民基本台帳上の世帯全員が納期限の到達している町税を完納している。
- ☐ 町に結果を提出することを承認している。

留意事項

- ☐ 脳 MRI 検査、脳 MRA 検査を必須項目とする検査になります。
項目に漏れがあった場合、助成の対象外となります。
- ☐ 田尻町での脳ドックの助成は 1 年度に 1 回限りとなります。
- ☐ 受診結果につきましては、個人情報保護をうえて、健康増進及び疾病予防の目的に利用させていただきます。
- ☐ 受診結果に基づき、健康課より電話等でご連絡させていただく場合がございます。ご了承ください。

*上記の確認事項・留意事項を確認し、かつ、申請するに当たり、田尻町が私及び私の世帯の町税の滞納の有無に関する情報など、当該助成事業に関し必要な事項を照会及び確認することに同意します。

申込書記入者署名 ()

*本人以外の署名の場合 () 内に続柄を記入