

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・留意事項を確認しました。脳ドック助成事業の利用を申し込みします。

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