

様式第1号(第5条関係)

葛城市脳ドック検診助成金交付申請書

申請者 (受診者)	住所	葛城市	
	(ふりがな)	電話 ()	
	氏名	Ⓜ	
	生年月日	年 月 日生	満 歳

葛城市脳ドック検診助成事業対象者は、次に掲げる要件に該当する者としてします。

- (1) 葛城市に住民票を有すること。
- (2) 受診者が満40歳以上、満70歳未満であること。
- (3) 当該年度内に脳ドック検診の助成を受けてないこと。
- (4) 現在脳血管疾患の治療中でないこと。

希望医療機関 ()

受診予定日 年 月 日

上記のとおり、脳ドック検診を受診いたしたく申請します。

年 月 日

葛城市長 様