

八幡平市脳ドック受診助成事前申込書

令和6年度八幡平市脳ドック助成を希望しますので、申し込みます。

令和 年 月 日

八幡平市長 佐々木 孝弘 様

申込内容（枠内の項目について記入してください）			
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日生	（ 歳）	
住所	〒 八幡平市		
電話番号 携帯番号			
確認事項 （当てはまるものに○ をしてください）	現在脳血管疾患の治療を受けていますか。または、過去に脳血管疾患の治療を受けたことがありますか。	ある	ない
	職場や他機関から脳ドック受診に係る助成を受けますか。	はい	いいえ

【脳ドック受診助成の対象について】

- ・脳血管系の病気で治療中や治療中断の方、心臓ペースメーカー・人工関節の金属が埋め込まれている方は、助成対象になりません。
- ・勤務先等、他の脳ドック補助を受けられる方は、本助成金の対象にはなりません。

【個人情報の取り扱いについて】

本申込書により取得した個人情報については、本事業に関する業務以外の目的には使用いたしません。

【市役所使用欄】

支所受付印 (健康福祉課受付時は不要)	健康福祉課受付印