

記入例

様式第1号（第5条関係）

宮代町後期高齢者総合健診補助金交付申請書・請求書

No.

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
氏名	宮代 太郎		
生年月日	昭和 18 年 1 月 1 日生		
人間ドック・脳ドックを受診した医療機関	名称	公設宮代福祉医療センター六花	
	所在地	宮代町須賀177	
	受診日	令和 3 年 1 月 15 日	

※人間ドック・脳ドックを受診した年		町の健康診査と人間ドックを両方受診した場合のみ、町の健康診査の受診日等をご記入ください。健康診査を受診していなければ「いいえ」に印を入れてください。		
<input type="checkbox"/> はい	医療機関名	年 月 日		
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	受診日	年 月 日		

振込口座	金融機関名	銀行 埼玉りそな 信用金庫 農協		宮代 本・支店
	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	ミヤシロ タロウ		
	名義人	宮代 太郎		

上記のとおり関係書類を添えて申請・請求します。

令和 3 年 2 月 1 日

宮代町長 様

申請者 住所 〒345-8504
宮代町笠原1-4-1

氏名 宮代 太郎

電話番号 (0480) 34-1111



質問票

氏名	宮代 太郎	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
----	-------	--------	----------

質問内容		回答 該当する□にレを記入してください。
1	現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 1. よい <input type="checkbox"/> 2. まあよい <input checked="" type="checkbox"/> 3. ふつう <input type="checkbox"/> 4. あまりよくない <input type="checkbox"/> 5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 1. 満足 <input checked="" type="checkbox"/> 2. やや満足 <input type="checkbox"/> 3. やや不満 <input type="checkbox"/> 4. 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
4	半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
12	たばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 1. 吸っている <input checked="" type="checkbox"/> 2. 吸っていない <input type="checkbox"/> 3. やめた
13	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ