

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		
氏名		
生年月日	年	月 日生
人間ドック・脳ドックを受診した医療機関	名称	
	所在地	
	受診日	年 月 日

※人間ドック・脳ドックを受診した年度内に市町村で実施した健康診査を受診されましたか。		
<input type="checkbox"/> はい	医療機関名	
	受診日	年 月 日
<input type="checkbox"/> いいえ		

振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本・支店
	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		
	名義人		

上記のとおり関係書類を添えて申請・請求します。

年 月 日

宮代町長 様

申請者 住所 〒 宮代町

氏名 印

電話番号 ()

質問票

氏名		被保険者番号	
----	--	--------	--

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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ