

千葉市脳ドック費用助成承認申請書

令和8年 月 日

(あて先) 千葉市長

次のとおり千葉市脳ドック費用の助成を受けたいので、申し込みます。また、検診医療機関から千葉市に健診結果を提供することに同意します。

下記の太枠内をご記入ください。

種類	脳ドック
氏名	(フリガナ)
性別(*)	男 ・ 女
生年月日(*)	(大正・昭和・平成) 年 月 日
加入している医療保険(*)	千葉市国民健康保険 ・ 千葉県後期高齢者医療制度
電話番号	— —
住所	(—) 千葉市 区

* 性別、生年月日、加入している医療保険は該当する方に○をつけてください。

※お申込み前に、下記についてすべてに該当しているか必ず確認してください。

- 上記のすべての項目に回答し、記載内容の間違いはないか。**脳ドック費用助成**を申請します。
- 千葉市国民健康保険または千葉市に住所を有する千葉県後期高齢者医療制度に加入中である。
- 令和8年度千葉市脳ドック費用助成の対象年齢である【**令和8年7月1日現在、40歳以上の5歳ごとの節目の年齢(40,45,50,・・・)の方**】。
- 申込時に前年度以前の保険料(延滞金を含む)を完納している。