

令和 年 月 日

南部町長 殿

〒

(申請者)住所:南部町大字

氏名:

電話:

南部町がん検診初回精密検査費助成金交付申請書

南部町がん検診初回精密検査費助成金の交付を受けたいので、南部町がん検診初回精密検査費助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添え、申請します。また、私は南部町が住所等の確認のため、私の住民記録の閲覧をし、又は助成の要件を満たしているか確認が必要である場合、医療機関に対して検査内容等を照会することについて同意します。

太枠部分をご記入ください。

住 所		☐ 申請者に同じ 南部町大字									
フリガナ						性別		男 ・ 女			
受診者氏名											
生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日(年度末年齢 歳)									
精密検査種別		☐ 胃がん ☐ 大腸がん ☐ 肺がん ☐ 乳がん ☐ 子宮がん ※申請するがん検診に☑を記入してください				がん検診 受診日		令和 年 月 日			
口座 情報	金融機関名	銀行 ・ 農協 信用組合 信用金庫				支店名		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号							
	(フリガナ) 口座名義人										
申請(請求)額		自己負担額 (A) 円				上限額 (B) 円					
		円 (A) と (B) のいずれか少ない額の合計									

- 【添付書類】1 検診の結果の写し(要精密検査の判定及び受診日が明記してあるもの)
2 領収書(精密検査の費用が確認できるもの)
3 診療明細書等(精密検査項目が記載されているもの)
4 振込先通帳の写し(金融機関・支店名・口座名義人・口座番号がわかる箇所の写し)
5 受診者が確認できる書類の写し(マイナンバーカードや運転免許証等の写し)
- 【注意事項】・口座名義人は、精密検査受診者としてください。
・がん検診の種類1つにつき、申請書1枚を用いて申請してください。