

令和 6 年 7 月 1 日

南部町長 殿

〒

(申請者)住所:南部町大字 下名久井字白山91-1

氏名: 南部 太郎

電話: 0178-00-0000

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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 南部町大字 平字広場28-1									
フリガナ	ナンブ ジロウ			性別	男・女					
受診者氏名	南部 次郎									
生年月日	昭和・平成 59 年 5 月 3 日(年度末年齢 40 歳)									
精密検査種別	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 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 6 年 8 月 1 日					
口座 情報	金融機関名	南部 銀行・農協 信用組合 信用金庫		支店名	南部 本店 支店 出張所					
	預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ) 口座名義人	ナンブ ジロウ 南部 次郎								
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。