

藤崎町がん検診初回精密検査費助成金交付申請書

年 月 日

藤崎町長 平田 博幸 様

【申請者】

住 所 藤崎町大字

氏 名

電話番号

関係書類を添えて、次のとおり、藤崎町がん検診初回精密検査費の助成を申請します。  
 なお、金額確認のため必要な場合は、医療機関に対し検査内容を確認することに同意します。

精密検査受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 異なる場合 ( ) 続柄 ( )
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 異なる場合 (藤崎町大字 )
生 年 月 日	年 月 日	

がん検診項目	胃がん	大腸がん	肺がん	子宮頸がん	乳がん
がん検診受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
精密検査受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
助 成 金 額	¥ 上限:5,000円	¥ 上限:6,000円	¥ 上限:6,000円	¥ 上限:3,000円	¥ 上限:4,000円
助成合計金額	¥				

振 込 先	金融機関名	銀行 農協 金庫							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								

※振込先の口座名義人は原則精密検査受診者とします。

【添付書類・確認事項】

- 検査内容が明記されている領収書及び明細書  
→領収書や明細書は原本に收受印押印のうえコピーする
  - 振込口座のわかるもののコピー (通帳またはキャッシュカード)
  - 助成対象精密検査について、がん検診受診日より1年以内の申請となっているか。
- } 添付書類