様式第１号(第６条関係)

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　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	□申請者と同じ	□異なる場合（　　）　続柄（　　）
住所	□申請者と同じ	□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収受印押印のうえコピーする

□　振込口座がわかるもののコピー（通帳またはキャッシュカード）

添付書類

□　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。