

平川市がん検診初回精密検査費助成金交付申請書

平川市長 様

申請者 住 所 平川市

氏 名

電話番号

関係書類を添えて、次のとおり、平川市がん検診初回精密検査費の助成を申請します。

受診者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記載（ ）			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記載（ ）			
生 年 月 日	年 月 日			
精 検 項 目	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん			
精 検 年 月 日	年 月 日			
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	
	ふりがな			
	口座人名義			

- 【添付書類】
- 1 医療機関が発行したがん検診精密検査領収書の原本
  - 2 医療機関が発行したがん精密検査の内容がわかる診療明細書の原本
  - 3 申請者名義の振込口座が確認できる書類（通帳やキャッシュカード）の写し
  - 4 本人が確認できる書類（マイナンバーカードや運転免許証等）の写し