

様式第1号（第5条関係）

申請書を提出する日を記入してください。

令和〇年〇月〇〇日

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 平川市柏木町藤山〇〇番地〇

氏 名 平川 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇

日中連絡がとれる番号を記入してください。

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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記載（ ）		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記載（ ）		
生 年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日		
精 検 項 目	<input type="checkbox"/> 胃がん <input checked="" 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	令和〇年 〇〇月 〇〇日		
振込先	金融機関名	〇〇〇〇銀行 本店 農協 〇〇〇支店 金庫 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
	ふりがな	ひらかわ はなこ	
	口座人名義	平川 花子	申請者名義の振込口座を入力してください。

- 【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