

深浦町がん検診初回精密検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

深浦町長 殿

年度がん検診結果通知に基づき、初回精密検査を受診したので、精密検査費の助成を受けたく申請いたします。

※太枠内を記入してください。

受診者氏名					
生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)			
住 所					
電話番号					
精密検査種別		胃がん検診 大腸がん検診 肺がん検診 乳がん検診 子宮頸がん検診			
口座情報	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協		支店名	支店
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人 (受診者本人)				

〈申請金額〉

精密検査種別	胃がん検診	大腸がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮頸がん検診
初回精密検査受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
自己負担額 (A)	円	円	円	円	円
基準額 (B)	5,000 円	6,000 円	6,000 円	4,000 円	3,000 円
(A) または (B) のいずれか低い額 (=申請額)	円	円	円	円	円
※市町村記入欄 助成決定額	円	円	円	円	円