

岬町 がん検診助成申請書

平成 年 月 日

岬町長様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 対象者との続柄 (_____)

電話 _____

下記のとおり、必要書類（領収書及び検診結果等）を添えて申請します。
なお、助成金は下記へ振り込んでください。

助成対象者			男	昭和		
			女	平成	年	月 日生 [] 歳
受診状況	子宮頸がん 検診	受診日	平成 年 月 日			
		受診場所	・ 岬町立保健センター ・ 医療機関名 (_____)			
	乳がん検診	受診日	平成 年 月 日			
		受診場所	・ 岬町立保健センター ・ 医療機関名 (_____)			
	大腸がん 検診	受診日	平成 年 月 日			
		受診場所	・ 岬町立保健センター ・ 医療機関名 (_____)			
振込先	銀行		支店・支所			
預金種目	普通 当座	口座 番号	フリガナ			
			口座名義			

* 以下は記入しないで下さい。

個人負担額 ①	助成基準額 ②	助成決定額 ③
子宮頸がん検診個人負担額 円	円	円
乳がん検診個人負担額 円	円	円
大腸がん検診個人負担額 円	円	円