

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 岬町深日2000-1

氏名 岬 花子 対象者との続柄 (本人)

電話 072 - 492 - 2001

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	岬花子		男 Ⓞ	昭和 平成	〇〇年〇月〇日生 [40] 歳
受診状況	子宮頸がん 検診	受診日	平成 〇〇年 〇月 〇日		
		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 〇〇年 〇月 〇日		
		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 〇〇年 〇月 〇日		
		受診場所	Ⓞ岬町立保健センター ・医療機関名 ()		
振込先	〇〇 銀行 〇〇 支店・支所				
預金種目	普通 当座	口座 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ	ミサキハナコ
				口座名義	岬花子

* 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