

岬町 がん検診助成申請書

令和 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 女	昭和 平成	年	月	日生[]	歳
受診状況	子宮頸がん検診	受診日	令和 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	令和 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ください。

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