

記入見本

# 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 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 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 ○○年 ○ 月 ○ 日生 [ 40 ] 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 ○ <input checked="" type="radio"/> 支店・支所			
預金種目	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座	口座 番号  ○○○○○	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