**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 |