様式第１号（第５条関係）

おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金交付申請書

年　　月　　日

おいらせ町長　様

申請者（精密検査受診者）

氏　　名：

生年月日：　　　　年　　月　　日（　　歳）

　　　　　〒

住　　所：

電話番号：

おいらせ町がん検診初回精密検査費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　精密検査項目等

※「がん検診項目」は、要精密検査となったがん検診の種類に〇をつけてください。

　　複数該当する場合は、がんの種類別に分けて記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| がん検診項目 | がん検診受診日 | 精密検査受診日 | 精密検査受診医療機関 |
| 胃・大腸・肺  乳・子宮 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 |  |
| 胃・大腸・肺  乳・子宮 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 |  |
| 胃・大腸・肺  乳・子宮 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 |  |

２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・農協　　　　　　　支店 | | |
| 口座種別 | 普通・当座・その他 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

３　添付書類

（１）検査に係る費用を支払ったことが分かる書類（領収書）の写し

（２）検査内容が分かる書類（診療明細書等）の写し

（３）振込先口座番号が確認できるものの写し