様式第1号（第6条関係）

令和　　年　　月　　日

**五戸町がん検診初回精密検査費助成金交付申請書兼請求書**

五戸町長　様

　　　　　申請者（受診者）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　氏　　名 　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　電話番号

　五戸町がん検診初回精密検査費助成金の交付を受けたいので、五戸町がん検診初回精密検査費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添え、申請します。

　また、私は五戸町が住所等の確認のため、私の住民記録の閲覧をし、又は助成の要件を満たしているか確認が必要である場合、医療機関に対して検査内容等を照会することについて同意します。

太枠部分をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通知先  住　所 | | * 申請者と同じ   五戸町  電話（　　　）　　　　― | | | | | | | | | 生年月日 | 平成  年　　月　日  昭和 |
| がん検診種類 | | □胃がん　　□大腸がん　　□肺がん  □乳がん　　□子宮頸がん  ※申請するがん検診に☑を記入してください。 | | | | | | | | がん検診  受診日 | | 年　　　月　　日 |
| 振　込　先 | 金融機関名 | | 銀行  金庫  農協 | | | | | | | 店名 | | 本　店  支　店  出張所 |
| 預金種別 | | 普通　・　当座 | | | | | | | フリガナ | |  |
| 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 | |  |
| 申請（請求）額 | | 自己負担額（Ａ）　　　　　　　　円 | | | | | | | | 上限額（Ｂ）　　　　　　　　　　円 | | |
| 円（Ａ）と（Ｂ）のいずれか少ない額の合計 | | | | | | | | | | |

【添付書類】１検診の結果の写し（要精密検査の判定及び受診日が明記してあるもの）

　　　　　　２領収書（精密検査の費用が確認できるもの）

　　　　　　３診療明細書等（精密検査項目が記載されているもの）

　　　　　　４振込先通帳の写し（金融機関・支店名・口座名義人・口座番号がわかる箇所の写し）

　　　　　　５申請者が確認できる書類の写し（マイナンバーカードや運転免許証等の写し）

【注意事項】・口座名義人は、精密検査受診者としてください。

　　　　　 ・がん検診の種類１つに付き、申請書１枚を用いて申請してください。