様式第1号（第6条関係）

　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**

五戸町長　様

　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　氏　　名 　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受診者との続柄：　　　　　　　　）

　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 　 | 年　　　月　　日 |
| 受診者氏名 | * 申請者と同じ
 |
| 住　　　所 | * 申請者と同じ

五戸町　　電話（　　　）　　－ |
| 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。