

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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 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つにつき、申請書1枚を用いて申請してください。