

つがる市長

申請及び請求者 ※太枠内を記入してください。

氏名	(印)
住所	〒 つがる市
生年月日	昭和 平成 年 月 日
電話番号	

がん検診初回精密検査費助成金申請書兼請求書
(つがる市がん検診初回精密検査費助成事業)

つがる市がん検診初回精密検査費助成事業助成金交付要綱第5条の規定に基づき、初回精密検査を受診したので、精密検査費の助成を受けたく申請いたします。

※太枠内を記入してください。

検診種別 (申請する検診に○)		胃	大腸	肺	乳	子宮
検診受診日 (申請する検診のみ記入)						
口座情報	金融機関名	銀行・信用組合 農業協同組合			支店名	本店 支店
	口座番号 (右詰)					名義人 (フリガナ)
精密検査情報及び申請額	検診種別	胃	大腸	肺	乳	子宮
	精密検査受診日					
	自己負担額計 (A)	円	円	円	円	円
	基準額 (B)	5,000円	6,000円	6,000円	4,000円	3,000円
	A又はBのい ずれか低い額 =申請額	円	円	円	円	円
【市記入欄】 助成決定額		円	円	円	円	円

請求(助成)額合計