

年 月 日

つがる市長

(申請者) 氏名： _____ (印)

電話： _____

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。

対象者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	〒 つがる市					
精密検査種別	胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診・乳がん検診・子宮頸がん検診					
口座情報	金融機関名	銀行・信用組合 農業協同組合		支店名	支店	
	口座番号	フリガナ		----- 口座名義人		

申請金額	精密検査種別	胃	大腸	肺	乳	子宮頸
	初回精密検査受診日					
	自己負担額 (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 ほう = 申請額	円	円	円	円	円
※市記入欄 助成決定額		円	円	円	円	円