

六ヶ所村がん検診等助成金申請書兼請求書（健診用）

令和 年 月 日

六ヶ所村長 戸田 衛 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印（助成対象者との関係 _____）

電話番号 _____

六ヶ所村がん検診等助成事業実施要綱第6条に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認を行うことに同意します。

助成対象者氏名	フリガナ		生年月日	年齢（歳）	
			年 月 日		
住 所	六ヶ所村大字 字				
がん検診等項目	受診項目（○を記入）	自己負担額①	助成上限額②	①と②の金額が低い額	
特定健康診査		円	円	円	
後期高齢健康診査		円	円	円	
文書作成料等		円	円	円	
申請額	円（①と②の金額の低い額の合計）				
振込先	金融機関名	銀行・組合・信用金庫			本店・支店・支所
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	フリガナ			

- 【添付書類】・領収書（診療明細書等、がん検診項目等明細が明記してあるもの）
 ・がん検診等結果
 ・振込先通帳等の写し（金融機関名・口座番号・口座名義人がわかるもの）

※村記入欄

上記申請に基づく助成決定額 _____円			担当者	申請受付者