

六ヶ所村がん検診等助成金申請書兼請求書

年 月 日

六ヶ所村長 橋本 隆春 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	
胃がん検診		円	15,000円	円	
大腸がん検診		円	2,000円	円	
子宮がん検診		円	10,000円	円	
乳がん検診		円	13,000円	円	
卵巣がん検診		円	2,000円	円	
前立腺がん検診		円	4,000円	円	
肺がん検診		円	3,000円	円	
ピロリ菌検査		円	6,000円	円	
文書作成料等		円	3,000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、がん検診項目詳細が明記してあるもの）
 ・がん検診等結果（コピー可）
 ・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	所長	事務長	担当者	申請受付者 _____