

平川市がん検診初回精密検査費助成金交付申請書

平川市長 様

申請者 住 所 平川市

氏 名

電話番号

関係書類を添えて、次のとおり、平川市がん検診初回精密検査費の助成を申請します。

受診者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記載（ ）			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる場合は記載（ ）			
生 年 月 日	年	月	日	
精 検 項 目	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん 子宮頸がん
精 検 年 月 日	年	月	日	
振込先	金融機関名	銀行		本店
		農協		支店
		金庫		出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座人名義			

- 【添付書類】
- 1 精密検査に係る領収書の原本
 - 2 精密検査に係る明細書の原本：検査方法が記載されているもの
 - 3 申請者名義の振込口座が確認できる書類の写し：通帳やキャッシュカード等
 - 4 本人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