様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

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 | | □申請者と同じ　□異なる場合は記載（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 住所 | | □申請者と同じ　□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