様式第１号（第5条関係）

三戸町がん検診初回精密検査費助成金交付申請書兼請求書

令和　　年　　　月　　　日

三戸町長　様

令和　　年度がん検診結果通知に基づき、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。なお、助成金の交付の決定があったときは、下記の振込先に助成金を交付するよう請求します。

また、三戸町が助成の要件を満たしているかを確認する必要がある場合は、医療機関等に対して、精密検査等の内容を照会することについて同意します。

○申請者（精密検査受診者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 性別 | □男 　□女　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | □昭和　□平成　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　 歳） |
| 住　　所 | 〒　　　　　　三戸町大字 |
| 電話番号 | 　 |
| 精密検査種別 | □胃がん　□大腸がん　□肺がん　□乳がん　□子宮頸がん |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　  | □銀　行　□信用組合　　　　　　　　 　　□農　協　□信用金庫　　　　　　　 | 　　　　　　　　 | □本店□支店 |
| 口座種別 | □普通 □当座 □その他 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

○振込先

〈注意事項〉・ □欄は、該当する箇所に✔してください。。

・ 申請者及び口座名義人は精密検査受診者本人にしてください。

・ がん精密検査の領収書及び診療明細書などの原本を添付してください。

※以下には記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精密検査種別 | がん検診受診日 | 初回精密検査受診日 | 自己負担額Ａ | 助成上限額Ｂ | ＡまたはＢのいずれか低い額(＝申請(請求)額) |
| 胃がん | R . .  | R . .  | 円 | 5，000円 | 円 |
| 大腸がん | R . .  | R . .  | 円 | 6，000円 | 円 |
| 肺がん | R . .  | R . .  | 円 | 6，000円 | 円 |
| 乳がん | R . .  | R . .  | 円 | 4，000円 | 円 |
| 子宮頸がん | R . .  | R . .  | 円 | 3，000円 | 円 |