

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

三戸町長 様

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。

氏 名	⑨	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				

《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