## 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。

## 〇申請者(精密検査受診者)

	<b>火且又形</b> 日/								
氏 名		(fi)	性別	□男 □梦	ζ				
生年月日	□昭和 □平成	年 月	E	. ( 歳	<u> </u>				
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								
〇振込先									
金融機関名		□信用組合 □信用金庫		□本店 □支店					

〈注意事項〉・□欄は、該当する箇所に✔してください。。

□普通 □当座 □その他

- 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。

口座番号

## ※以下には記入しないでください。

口座種別

フリガナ

口座名義人

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