

様式第 1 号（第 4 条関係）

東通村がん検診初回精密検査費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

東通村長 様

（申請者）住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

東通村がん検診初回精密検査費用助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、金額確認等のために必要な場合は、医療機関に対して検査内容を確認することに同意します。

受 診 者 氏 名	☐ 申請者と同じ			
住 所	☐ 申請者と同じ			
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			
がん検診受診日	令和 年 月 日			
精密検査年月日	令和 年 月 日			
振 込 先	金融機関名	銀行・信漁連 本店 農協・信用組合 支店 信用・労働金庫 営業部		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリナガ			
	口座名義			

- 【添付書類】 ☐精密検査を受診した医療機関の領収書（原本）
☐精密検査を受診した医療機関の診療明細書（原本）
☐通帳の写し（振込先が記載されている部分）
☐その他村長が必要と認める書類（委任状等）