

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
生 年 月 日	昭和・平成	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 農協・信用組合 信用・労働金庫		本店 支店 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）