

大鰐町がん検診精密検査費用助成金交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

（申請者） 住 所 大鰐町大字

フリガナ
氏 名

電話番号

次のとおり、がん検診精密検査費用助成金の交付を申請します。なお、金額確認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	年 月 日				
がん検診種類	胃がん	大腸がん	肺がん	子宮頸がん	乳がん
がん検診受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
精密検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

【添付書類】

- 精密検査を受診した医療機関等の領収書
- 精密検査を受診した医療機関等の診療明細書
- 通帳のコピー（振込先が記載されている部分） ※通帳は窓口でもコピー可能です。

注意事項 ◆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。

以下は記入しないでください。

精密検査種類	自己負担額	精密検査に要した費用（保険適用分）	助成金額（※上限2,500円）
胃・大・肺・子・乳	円	円	円
胃・大・肺・子・乳	円	円	円
胃・大・肺・子・乳	円	円	円
助成決定額 合計			円