第1号様式（第5条第1項関係）

令和　　年　　月　　日

　風間浦村長　殿

申請者(精密検査受診者)

住所：風間浦村大字

氏名：

生年月日：昭和・平成　　年　　月　　日(　　歳)

電話番号：

風間浦村がん検診初回精密検査費助成金交付申請書

　風間浦村がん検診初回精密検査費助成金の交付を受けたいので、風間浦村がん検診初回精密検査費助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。また、私は風間浦村が住所等の確認のため私の住民記録を閲覧し、又は助成の要件を満たしているか確認が必要である場合、医療機関に対して検査内容等を照会することについて同意します。

１　精密検査項目等

※「がん検診項目」は要精密検査となったがん検診の種類に〇をつけてください。

複数該当する場合は、がんの種類別に記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| がん検診項目 | がん検診受診日 | 精密検査受診日 |
| 胃・大腸・肺・乳・子宮 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 胃・大腸・肺・乳・子宮 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 胃・大腸・肺・乳・子宮 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信金・信組（　　　　　　　）　　　　　本・支店 | | |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

３　添付書類

1. 領収書の原本（精密検査の費用が確認できるもの）
2. 診療明細書等の原本（精密検査項目が記載されているもの）
3. 振込先通帳の写し