

申請日 令和 年 月 日

枚方市がん対策事業検診料補助金交付申請書

(子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診・肝炎ウイルス検診)

(あて先) 枚方市長

下記のとおり、がん検診を受診しましたので、枚方市がん対策事業検診料補助金交付要綱に基づき、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。
なお、交付決定があったときは、下記振込口座に振り込んでください。

※太枠内を記入してください。(但し、市確認欄は記入不要です)

フリガナ 氏名											生年 月日	昭和 平成 年 月 日										
住 所	〒										電話 番号	() -										
振 込 先																						
金融 機関	銀行 金庫 農協										店 番		店舗名	本店 支店 出張所					預金 種別	普通 当座		
	口座 番号									口座名義人 (カナで記入)												
ゆうちょ 銀行	通帳 記号									通帳番号								預金 種別	通常 貯蓄 その他			
	口座名義人 (カナで記入)																					
※申請者と口座名義人が異なる場合は下記の委任状欄に申請者氏名を記入してください。																						
<委任状>私は口座名義人を代理人と定め、がん対策事業検診料補助金の受領についての権限を委任します。 申請者自署																						
該当に○	検診項目 (検診料)		受診日				医療機関名										※市確認欄 (記入不要)					
	子宮頸がん検診 (500円)																☐ クーポン券 ☐ 領収書					
	乳がん検診 (1,000円)																☐ クーポン券 ☐ 領収書					
	大腸がん検診 (300円)																☐ クーポン券 ☐ 領収書					
	肝炎ウイルス検診 (1,000円)																☐ クーポン券 ☐ 領収書					
計	交付決定額										合計		円									

[必要書類] ①未使用のクーポン券 ②医療機関が発行した領収書 (写し可)
※申請内容について医療機関に確認させていただくことがあります。
[提出先] **提出期限は当該年度の3月31日まで(郵送の場合は当該年度の3月31日必着)**
枚方市が実施する子宮頸がん検診・乳がん検診・大腸がん検診・肝炎ウイルス検診が対象となります。
[問い合わせ先] 〒573-8666 枚方市大垣内町2丁目1番20号 枚方市 健康づくり課
[電話] 072-841-1458 [FAX] 072-841-3039