

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

以下のとおり、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	〒573-		電話番号	()	-		
振 込 先							
金融 機関名			銀行 金庫 農協	店番	本店 支店 出張所		
口座 番号				預金 種別	普通 当座 貯蓄 その他 ()		
口座名義人 (申請者と異なる場合は委任状欄に申請者氏名を記入してください。)				(カナで記入)			
<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)	年 月 日				<input type="checkbox"/> クーポン券 <input type="checkbox"/> 領収書原本	
	乳がん検診 (1,000円)	年 月 日				<input type="checkbox"/> クーポン券 <input type="checkbox"/> 領収書原本	
	大腸がん検診 (300円)	年 月 日				<input type="checkbox"/> クーポン券 <input type="checkbox"/> 領収書原本	
	肝炎ウイルス検診 (1,000円)	年 月 日				<input type="checkbox"/> クーポン券 <input type="checkbox"/> 領収書原本	
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(原本)(←手続き完了後に返却します)
※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 (がん検診補助金係)
 [電話] 072-841-1458 [FAX] 072-841-3039