

三沢市がん検診初回精密検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

三沢市長 宛

申請者 ^{ふりがな} 氏名

（対象者と異なる場合 続柄： ）

〒

住所

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。

なお、申請にあたり、本申請の審査のために必要な下記の事項について同意します。

- ・住民基本台帳情報を調査・閲覧すること。
- ・補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること。

※太枠内のみご記入ください。

対象者氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）
住 所	※申請者と異なる場合のみ記入。 電話（ ）		
<input checked="" type="checkbox"/> 精 検 項 目	助成上限額	費用	助成決定額
<input type="checkbox"/> 胃 が ん	5,000		
<input type="checkbox"/> 大 腸 が ん	6,000		
<input type="checkbox"/> 肺 が ん	6,000		
<input type="checkbox"/> 乳 が ん	4,000		
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	3,000		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店 農協・信用組合 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	ふりがな 口座名義人	※対象者と同一にする。	

※以下、市事務処理欄

助成決定額 円	課 長	課長補佐	係 長	担当者	受付年月日	
					決定年月日	
					決定番号	
					受 付 者	

《添付書類》

- (1)要精密検査となったことがわかる書類の写し（がん検診の結果等）
- (2)申請者及び対象者それぞれの本人を確認する書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等）
- (3)初回精密検査に係る領収書と診療明細書の原本
- (4)本人名義の振込先が確認できる書類の写し（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義がわかるもの）
- (5)他機関からの助成がある場合は、助成額がわかるものの写し