

様式第1号（第5条関係）

子宮頸がん検診費助成申請書兼請求書

年 月 日

十日町市長 様

〒

申請者 住 所 十日町市.....

氏 名

電話番号

下記のとおり子宮頸がん検診を受けたので、助成金の交付を申請（請求）します。

受診した医療機関等	名 称			
	住 所			
	電話番号			
検査費用（支払額） 円			
振 込 先	金融機関名	銀行・組合・金庫・農協		本店・支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	No.
	ふりがな			
	口座名義人			

【添付書類】

子宮頸がん検診の内容が確認できる医療機関等発行の領収書

※保険診療適応のものは助成対象外

医療機関で受診したがん検診結果（受診票等）

申請書の審査及び精密検査受診状況、結果の把握に際し、必要に応じて十日町市が申請者や医療機関等に確認することに同意します。

氏名