

年 月 日

十和田市長 様

申請者
住所 〒

氏名
電話番号



令和 6 年度十和田市がん検診初回精密検査費助成事業助成金交付申請書兼請求書

令和 6 年度十和田市がん検診初回精密検査費助成事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおりがん検診初回精密検査費用の助成を申請します。

受診者氏名				
受診者生年月日	年 月 日（年度末年齢 歳）			
精密検査項目	受診項目 （○を記入）	①：自己負担額	②：助成上限額	③：①と②の金額 が低い額
大腸がん検診		円	6,000 円	円
肺がん検診		円	6,000 円	円
助成申請額（③の合計）				円
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協		
	店名	本店・支店・支所		
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	口座名義人	フリガナ		

- 【添付書類】 1 がん検診の結果の写し：要精密検査の判定及び受診日が明記されているもの
2 精密検査に係る領収書の写し
3 精密検査に係る明細書の写し：検査方法が記載されているもの
- 【提示書類】 1 本人が確認できる書類：マイナンバーカードや運転免許証等
2 申請者名義の振込口座が確認できる書類：通帳等

※健康増進課記入欄

交付決定額	課長	課長補佐	係長	担当者	申請受付	本人確認	口座確認
円						マイナンバー 運転免許証 ()	