様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

十和田市長　様

申請者

住所　〒

氏名

電話番号

令和７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７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７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（〇を記入） | 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

４　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

　　　　　　５　申請者名義の振込口座が確認できる書類：通帳等