

様式第一号（第四条関係）

令和 年 月 日

七戸町長 殿

（申請者）住所：_____

氏名：_____

電話：_____

令和 年度七戸町がん検診初回精密検査費助成金申請書兼請求書

令和 年度がん検診結果通知に基づき、初回精密検査を受診したので、精密検査費の助成を受けたく申請いたします。

※太枠内を記入してください。

対象者氏名		性別		男 ・ 女	
生年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日（年度末年齢 歳）			
精密検査種別		胃がん検診 大腸がん検診 肺がん検診 乳がん検診 子宮頸がん検診			
口座情報	金融機関名	銀行 信用組合 農業協同組合		支店名	支店
	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人				

< 申請金額 >

精密検査種別	胃がん検診	大腸がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮頸がん検診
初回精密検査受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
自己負担額 (A)	円	円	円	円	円
基準額 (B)	5,000 円	6,000 円	6,000 円	4,000 円	3,000 円
(A) 又は (B) の いずれか低い額 (= 申請額)	円	円	円	円	円
※七戸町記入欄 助成決定額	円	円	円	円	円