

(様式第1号)

乳がん検診等受診費用助成申請書

平成 年 月 日

厚真町長 様

私は、乳がん検診等受診にかかる費用の助成を申請いたします。
また、この申請に関して、関係機関への照会を行うことに同意いたします。

記

◆申請者

氏名	印
住所	厚真町
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
電話番号	

◆乳がん検診等受診費用

検診受診日	平成 年 月 日
受診機関	
金額	円

◆助成金振込先

金融機関名	銀行 農協 信用金庫・信用組合 支店		
預金種別	普通・当座・()	フリガナ 口座名義人	()
口座番号			

～ 以下は記入しないでください ～

受付月日	
助成内容	該当・非該当
振込日	
申請書 No.	

※裏面に領収書(コピー可)を
添付してください。