

婦人科検診受診費用助成申請書

年 月 日

厚真町長 様

申請者 住 所 厚真町
ふりがな
氏 名
電話番号
被受診者との関係

下記の婦人科検診受診にかかる費用の助成について関係書類を添えて申請いたします。
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

申請内容

被 受 診 者	☐ 申請者 と同じ	ふりがな			
		氏名			
		住所	〒		
	生年月日		年 月 日 (歳)		
検 診 受 診 日		年 月 日			
受 診 医 療 機 関					
検診にかかった額 検 診 種 別	乳がん検診		円	助成申請額	円
	30 歳代の乳がん検診		円		
	子宮がん検診		円		
	(うち、子宮体がん検診)		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 ～

受付日	年 月 日
助成内容	該当・非該当
助成金額	円
振込日	年 月 日

※裏面に領収書 (コピー可)
を添付してください。