

安芸太田町子宮けいがん・乳がん検診費用助成事業償還払い申請書兼請求書

年 月 日

安芸太田町長 様

町が指定するがん検診を受診しましたので、関係書類を添えて受診料の償還払いを申請します。
また、がん検診の助成要件の審査をするため、安芸太田町が必要な住民基本台帳情報の公簿等の確認を行うことに同意します。

ふりがな		生年	年 月 日
申請者名	①	月日	
申請者住所	安芸太田町 電話（ ）		
各がん検診費用の記載	<input type="checkbox"/> 無 ※それぞれの検診について一律1,000円助成		
	<input type="checkbox"/> 有 ※下記の申請内訳に自己負担金額を記入		
申請内訳	受診項目名 (項目に☑)	自己負担金額 (がん検診にかかった費用)	助成上限額
	<input type="checkbox"/> 子宮けいがん検診	(A) 円	(B) 3,000円
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	(A) 円	(B) 3,000円

※助成上限額は安芸太田町子宮けいがん・乳がん検診費等助成事業実施要領の第5条による。

申請額 円

(口座振込先)

口座振込先	金融機関名	銀行・農協 信金・信組						
	支店(所)名	支店						
	口座番号	普通・当座						
	(加付) 口座名義	()						

※申請者と口座名義人が異なる場合に申請者が記入

委任書

私宛に支払われる上記の金額は、上記の振込口座の名義人にその受領する権利を委任します。

委任者 氏名

印

【添付書類】

- 領収書、診療明細書（がん検診を受診し、支払った金額が分かるもの）
- 領収書等でがん検診を受診したことが確認できない場合、医療機関等が発行した検診結果