

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、税情報等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	⑩	月日				
申	請	者	住 所	安芸太田町			電話 ()		
申 請 内 訳	受診項目名 (項目に☑)			(A) 検診時支払額		(B) 上限額			
	①子宮けいがん検診			☐	円	3, 0 0 0 円			
	②乳がん検診			☐	円	3, 0 0 0 円			
申 請 額				※ (A) と (B) のいずれか少ない額の合計金額 合計 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						
	(ｶｷｶﾅ) 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								

※ここから下は記入しないでください。

決済日	主務課長	主幹	合議	担当
			決定欄	支給決定額
				円

※添付書類 診療明細書や領収書等がん検診を受診したことが確認できる書類
※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。