

様式第1号

関ヶ原町がん検診費用助成金申請書

年 月 日

関ヶ原町長 様

氏 名	
生年月日	(和暦) 年 月 日生
住 所	関ヶ原町
電 話	

下記のとおりがん検診を受診しましたので、がん検診費用助成を申請します。

記入欄		子宮頸がん検診	胃カメラ検診	肺CT検診
受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
受診医療機関	医療機関名			
	電話番号			
検診費用		円	円	円
助成金振込先		銀行 本・支店		
		金庫 支 所		
		農協 出張所		
		預金種別 普通 ・ 当座		
		口座番号		
		ふりがな		
		口座名義人		
他の助成制度	有 ・ 無 (保険診療に伴う検査の場合や職場等の助成金制度による助成金を受けることができる場合は助成の対象としないものとする。)			

- ・がん検診受診日の属する年度の3月31日までに申請してください
- ・添付書類：様式第2号（又はがん検診費用領収書）、様式第3号（又はがん検診結果表）

記入不要（町にて記入）	子宮頸がん検診	胃カメラ検診	肺CT検診
関ヶ原町がん検診受診	前年度及び当該年度 有 ・ 無	前年度及び当該年度 有 ・ 無	/
助成費用 注) 検診費用が助成金額に満た ない場合はその額とする	円 【助成限度額3,000円】	円 【助成限度額4,650円】	円 【助成限度額7,800円】
保険診療の検査	適 ・ 否		