

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

住 所	関ヶ原町
氏 名	
生年月日	(和暦) 年 月 日生
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。

受 診 日	年 月 日
がん検診の種類	該当に○
検診費用	※助成金額（町で記入） 注）検診費用が助成金額に満たない場合は その額とする
子宮頸部がん検診	円 ※ 円【助成金額3,000円】
胃カメラ検診	円 ※ 円【助成金額4,650円】
肺CT検診	円 ※ 円【助成金額7,800円】
合 計	円 ※ 円
受 診 医 療 機 関 名	医療機関名：
及 び 電 話 番 号	電話番号： ()
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
保 険 診 療 の 検 査 の 適 否	保険診療の検査： 適 ・ 否 （※町で記入）
他 の 助 成 金 の 有 無	他の助成制度： 有 ・ 無

※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）

がん検診費用領収書

領 収 書

令和 年 月 日

様

金 額

--	--	--	--	--

円也

但し、（ 子宮頸部がん検診費用、胃カメラ検診費用、肺CT検診費用 ）として

医療機関

医師名

印

医療機関へのお願い

この領収書をご持参の方は、関ヶ原町がん検診費用助成制度を受けられる方です。領収書発行については、上記領収書をご使用いただくか、がん検診費用（精密検査費用は助成対象外です）が明確に分かるものを発行していただきますようお願いいたします。

様式第3号

【 子宮頸部がん検診、胃カメラ検診、肺CT検診 】 結果表

受診日	年 月 日
検診所見	
総合判定	1 異常なし 2 経過観察（ カ月後） 3 要精密検査（ ） 4 要治療（ ）
細胞診(ベセスダシステム分類)	※子宮頸部がん検診受診時に記載
細胞診判定	
精密検査方法、結果 （総合判定にて3又は4の方）	検査方法： 検査結果：
精密検査後の指示	1 異常なし 2 経過観察（ カ月後） 3 要治療（ ） 4 その他（ ）

医療機関

醫師名

印

医療機関へのお願い

この結果表をご持参の方は、関ヶ原町がん検診費用助成制度を受けられる方です。
がん予防と早期発見の目的のため、受診者のがん検診結果及び精密検査結果についてご記入を
よろしくお願いいたします。