

潟上市がん検診精密検査助成金交付申請書

年 月 日

潟上市長 様

住 所 潟上市

氏 名

生年月日 性別 男・女

日中連絡のつく電話番号

次のとおり、潟上市がん検診精密検査助成金の交付を申請します。（1 検診1 申請）

次のいずれかに✓をしてください。

☐ 市申請の精密検査について、市以外助成金等の交付を受けている。→助成対象外☐ 市申請の精密検査について、市以外助成金等の交付を受けていない。→下記にご記入ください。

一次検査（がん検診）の内容

項目 (○を記入)	大腸がん検診
受診日	年 月 日
受診場所 (○を記入)	市が実施するがん検診 ・ 市以外 ()

二次検査（精密検査）の内容

受診日	年 月 日
医療機関名	

※助成金申請額は診療明細書のうち本市が認める精密検査項目の金額となります。交付金額は決定通知書でお知らせします。（助成対象外：手術・治療等による処置・投薬、紹介状等）

助成金の振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫・農協 本店・支店・出張所		
種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
口座名義人 (本人名義)	フリガナ		
	氏 名		

添付書類

- ① 一次検査（がん検診）結果票の写し（氏名、受診日、精密検査の判定が明記してあるもの）

※一次検査（がん検診）の内容が、市が実施するがん検診の場合は提出不要。

- ② 二次検査（精密検査）費用に係る領収書の写し

- ③ 二次検査（精密検査）費用に係る診療明細書の写し

- ④ 振込先の通帳の写し（本人名義の口座）

〈事業評価のため、回答にご協力をお願いします。※○を記入〉

精密検査結果	異常なし ・ 結果待ち ・ 異常あり（がん） ・ 異常あり（がん以外の疾患）
--------	--