

別記様式(第5条関係)

湧別町乳がん及び子宮がん個別検診費用助成申請書

令和 年 月 日

湧別町長 様

申請者 住所 湧別町  
フリガナ

氏名

電話 —

湧別町乳がん及び子宮がん個別検診費用助成金の交付を受けたいので、湧別町乳がん及び子宮がん個別検診費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。

検 診 項 目	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診（超音波検査）		
フ リ ガ ナ			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)		
検 診 年 月 日	令和 年 月 日		
医 療 機 関 名			
助成金振込先 (申請者口座に 限ります。)	金融機関	銀行・信金 農協・漁協	
	預金種目	当座・普通	口座番号
	フ リ ガ ナ		
	口座名義人		

(添付書類)

医療機関発行の乳がん検診または子宮がん検診結果

医療機関発行の領収書及び明細書