

(様式第1号)

健康診査及びがん検診等個人負担金助成申請書

年 月 日

大熊町長 様

次のとおり健康診査及びがん検診等を受診したので、個人負担金に係る助成を申請いたします。

受診者 氏名	①	生年 月日	大正 昭和 平成	年 月 日
住 所	大熊町大字 (避難先)	電話 番号		
健康診査等名	受診月日			助成金請求額
健康診査 (一般健診)	年 月 日			円
胸部レントゲン検査	年 月 日			円
胃がん検診	年 月 日			円
大腸がん検診	年 月 日			円
肺がん検診	年 月 日			円
前立腺がん検診	年 月 日			円
肝炎ウイルス検診	年 月 日			円
乳がん検診	年 月 日			円
子宮がん検診	年 月 日			円
骨粗しょう症検診	年 月 日			円
合計				円

(添付書類) 領収書及び健康診査等結果通知の添付

【口座振込依頼欄】

金融機関名	本店支店名	口座種別	口座番号	口座名義人

振込口座は本人になります。