

朝霞市がん検診費交付申請書兼請求書

年 月 日

（申請先）朝霞市長

申請者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話	()

朝霞市がん検診推進事業助成金交付要綱第4条第1項に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、朝霞市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

■ 申請内容

受診者	フリガナ			生年月日
	氏名			昭和・平成 年 月 日
受診内容	検診種別	受診日	申請額(自己負担額)	受診医療機関名
	子宮頸がん	年 月 日	集団検診 400円	
			個別検診 600円	
	乳がん	年 月 日	集団検診1方向 500円	
集団検診2方向 700円 個別検診1方向 700円 個別検診2方向 900円				
大腸がん	年 月 日	集団検診 200円 個別検診 300円		

※自己負担額に○をつけてください。

■ 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫			支店 出張所
口座番号	普通・当座			
フリガナ				
口座名義人				

※ 受診者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入・押印が必要となります。

委任状	委任者（受診者） との関係 ()
受診者は、本件に係る償還金の受取を下記の者に委任いたします。 年 月 日 氏名 ④	

- 【添付書類】
- ① 領収書：原本（受診日、検診費用、実施医療機関を確認できるもの）
 - ② 本市発行の子宮頸がん・乳がん・大腸がん検診無料クーポン券
 - ③ がん検診診断票（受診者控え）
 - ④ 保険証、免許証、パスポート等の本人確認ができるもの
 - ⑤ 振込先金融機関の口座がわかるもの
 - ⑥ 印鑑

受付 _____