

上ノ国町がん検診費用助成申請書

年 月 日

上ノ国町長 工 藤 昇 様

申請者 住所 上ノ国町字

氏名 (印)

(電話番号 :)

上ノ国町がん検診費用助成事業実施要綱第5条に基づき診費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

住 所	上ノ国町字		電話番号	—		
フリガナ						
氏 名						
生年月日	年	月	日生	年 齢	歳	性 別 男 ・ 女
検診項目	<input type="checkbox"/> 胃がん検診		<input type="checkbox"/> 子宮がん検診			
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診		<input type="checkbox"/> 乳がん検診			
受取方法	銀行 金庫					支店
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	フリガナ		
				名 義		

※町記入欄（申請者は記入しないで下さい。）

課長		主幹		主査等		決 定 年月日	年 月 日
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められるので次のとおり助成金を決定する。							
費用負担額				円	助成金額		
					円	確認者	
2 次の理由により上記申請を却下する。							
却下理由							