

## 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条に基づき検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		課長補佐		参事等		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						