

(様式第5号)

年 月 日

泉大津市長様

申請者
(受診者)

住 所 泉大津市

氏 名 ⑩

生年月日

電話番号

がん検診推進事業一部負担金交付申請(請求)書

次の通り、必要書類を添付のうえ、(乳がん・子宮頸がん) 検診一部負担金の交付を申請(請求)します。

受診日	検診種類	受診機関名称	泉大津市助成金額
年 月 日			円

(添付書類)

1. 無料クーポン(切り離し無効です)
2. 受診機関発行の領収証書(原本)
3. 検診結果(コピー)

振込希望 金融機関	銀行	口座種別	普通 当座
		口座番号	
	支店	(フリガナ)	
		口座名義	
ゆうちょ銀行 の場合	記号		
	番号		
	(フリガナ)		
	口座名義		

※泉大津市処理欄

申請番号	年度 NO.	交付・不交付決定年月日 年 月 日
備考	<input type="checkbox"/> 受診確認済み (<input type="checkbox"/> 検診結果、 <input type="checkbox"/> 健康カルテ)	