

年 月 日

泉大津市長様

申請者
(受診者)

住 所 泉大津市

氏 名

(印)

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)

- 無料クーポン(切り離し無効です)
- 受診機関発行の領収証書(原本)
- 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		
		(フリガナ)		
ゆうちょ銀行 の場合	支店	口座名義		
		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)	