（様式第４号）

年　　月　　日

泉 大 津 市 長 様

申請者
（受診者）

住　　所　泉大津市

氏　　名　　㊞

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

がん検診推進事業（乳がん・子宮頸がん）検診一部負担金の交付について必要書類を添えて申請しますので、指定口座へ の振込を依頼します。なお、助成金の交付決定に当たり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせること、また、本申請書及び請求書は、市において助成金を交付することを決定した後は、交付決定日を助成金の請求日とした請求書として取り扱うことに同意します。

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
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	
		（フリガナ）	
	支店	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	