（様式第5号）

記入例

令和　8年　　○月　　○日

泉　大　津　市　長　様

申請者
（受診者）

住　　所	泉大津市 宮町2－25
氏　　名	健康　花子　　㊞
生年月日	昭和○○年4月2日
電話番号	0725-33-8181

受診者の住所・氏名等をご記入ください

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[illegible]及び医療機関に問い合わせること、また、本申請書及び[illegible]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[illegible]ます。

無料クーポン券がお手元に届くまでに受診された検診をご記入ください

受　診　日	検診種類	受診機関名称	泉大津市助成金額
令和　7年　　4月　　1日	○○がん検診	○○クリニック	500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）

申請者名義の口座（金融機関またはゆうちょ銀行）をご記入ください

原本に受付印を押印して、本人へ返却してください。コピーを保存。

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）	ケンコウ　ハナコ
	○○○支店	口座名義	健康　花子
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	□受診確認済み（　□検診結果　、　□健康カルテ　）	