

大野城市子宮頸がん検診及び乳がん検診無料クーポン券未使用受診者
助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

大野城市子宮頸がん検診及び乳がん検診無料クーポン券未使用受診者助成金の交付を受けたいので、大野城市無料クーポン券による子宮頸がん検診及び乳がん検診実施要綱（令和6年要綱第25号）第6条の規定により申請します。また、当該助成金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

申請者	フリガナ									電話番号					
	氏 名	印								生年月日	年 月 日				
	住 所														
☐ 申請者と同じ ※申請者が対象者と同じの場合は、対象者の欄の記入は不要															
対象者	フリガナ									電話番号					
	氏 名									生年月日	年 月 日				
	住 所											申請者との続柄 ()			
がん検診の種類		☐ 子宮頸がん ☐ 乳がん													
受 診 日		年 月 日													
受診した実施機関															
自己負担健診料		円													
交付申請額		円													
添付書類	☐ がん検診を実施した実施機関が発行した領収書及び明細書の写し（がん検診の種類及び受診の事実が確認できるものに限る。） ☐ がん検診のクーポン券 ☐ がん検診の検査結果の写し ☐ 申請者及び助成対象者（申請者と異なる場合に限る。）の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）の写し ☐ 振込先が確認できる書類（通帳、キャッシュカード等の写し）														
振込先	金融機関名	銀行・農協・信金 信組・労金										本店・支店 出張所			
	口座番号	普通 当座									口座名義人	フリガナ			
												氏名			