

各種がん検診等一部負担金助成金交付申請書兼口座振込依頼書

申請日 年 月 日

吹田市長 宛

次のとおり、各種がん検診等一部負担金助成金の交付を申請し、交付決定額について、下記口座に振込を依頼します。

申請者 (受診者)	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	昭和・平成・西暦	年	月	日		
	住所	(郵便番号) 〒	-				
	電話番号	()					
検診項目※該当する番号に○をつけてください。			受診年月日				
1	肺がん検診(胸部エックス線検査)	年	月	日			
2	肺がん検診(胸部エックス線検査及び喀痰検査)	年	月	日			
3	胃がん検診(胃部エックス線検査)	年	月	日			
4	胃がん検診(胃内視鏡検査)	年	月	日			
5	大腸がん検診	年	月	日			
6	乳がん検診	年	月	日			
7	子宮がん検診(頸部検診)	年	月	日			
8	子宮がん検診(体部検診)	年	月	日			
9	前立腺がん検診	年	月	日			
10	骨粗しょう症検診	年	月	日			
11	聴力検診	年	月	日			
交付申請額		円					
※がん検診等の受診の際に支払った一部負担金の領収書原本を添付すること。							
軽微な誤字脱字の修正を市側が行うことについて		<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない 上記のいずれかにチェックを入れてください。					
振込先	金融機関名		支店名			預金種別	
	銀行 信用金庫 協同組合 ()					普通 当座	
	口座番号						
	口座名義 (カタカナ)						

※振込先にゆうちょ銀行を御利用の場合は、他金融機関からの振込用 支店名(漢数字3ケタ)・預金種目・口座番号(7ケタ)を御記入ください。

委任欄	当助成金の受領について、上記振込先口座名義人に委任します。
	委任者氏名

※申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、申請者が必ず上記委任欄を御記入ください。

各種がん検診等一部負担金助成金交付申請書兼口座振込依頼書

申請日 年 月 日

吹田市長 宛

次のとおり、各種がん検診等一部負担金助成金の交付を申請し、交付決定額について、下記口座に振込を依頼します。

申請者 (受診者)	フリガナ	スイタ ハナコ						
	氏名	吹田 花子						
	生年月日	昭和	平成	西暦	〇〇年	〇〇月	〇〇日	
	住所	(郵便番号) 〒564-8550 吹田市泉町1-3-40						
	電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇						
検診項目※該当する番号に○をつけてください。					受診年月日			
1	肺がん検診(胸部エックス線検査)	R8	年	3	月	24	日	
2	肺がん検診(胸部エックス線検査及び喀痰検査)		年		月		日	
3	胃がん検診(胃部エックス線検査)		年		月		日	
4	胃がん検診(胃内視鏡検査)		年		月		日	
5	大腸がん検診		年		月		日	
6	乳がん検診		年		月		日	
7	子宮がん検診(頸部検診)		年		月		日	
8	子宮がん検診(体部検診)		年		月		日	
9	前立腺がん検診		年		月		日	
10	骨粗しょう症検診		年		月		日	
11	聴力検診		年		月		日	
交付申請額		400						円
※がん検診等の受診の際に支払った一部負担金の領収書原本を添付すること。								
軽微な誤字脱字の修正を市側が行うことについて		<input checked="" type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない 上記のいずれかにチェックを入れてください。						
振込先	金融機関名			支店名			預金種別	
	〇〇			〇〇			普通 当座	
	銀行 信用金庫 協同組合 ()							
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義 (カタカナ)		スイタ ハナコ						

※振込先にゆうちょ銀行を御利用の場合は、他金融機関からの振込用 支店名(漢数字3ケタ)・預金種目・口座番号(7ケタ)を御記入ください。

委任欄	当助成金の受領について、上記振込先口座名義人に委任します。						
	委任者氏名						

※申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、申請者が必ず上記委任欄を御記入ください。