



年 月 日

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

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)	被保険者番号	吹 国	
	氏 名	(印)	
	生年月日	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。

助成金の振込先

銀 行 信用金庫 信用組合				支店	預金の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
金融機関コード				支店コード		
口座番号						
フリガナ						
口座名義						

委任欄 (申請者と振込口座名義人が異なる場合は、以下の欄にご記入ください) 当助成金の受領については、上記振込口座名義人に委任します。 氏名 (印)
--

見本

年 月 日

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

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)	被保険者番号	吹 国	1234567
	氏 名	吹田 花子 (印)	
	生年月日	〇〇〇〇年 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		
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)	2021年 2月 1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。

助成金の振込先

〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇	支店	預金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
金融機関コード				支店コード	
口座番号	1	2	3	4	5 6 7
フリガナ	スイタ ハナコ				
口座名義	吹田 花子				

委任欄 (申請者と振込口座名義人が異なる場合は、以下の欄にご記入ください)
当助成金の受領については、上記振込口座名義人に委任します。 氏名 (印)