

年 月

# 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。

	. ,		· / <del> </del>			/ 0							
申	被保 番	:険者 号	吹	国									
請	氏	名							(	印			
者	生年	月日				日							
(受診者)	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	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	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

	支店		金の 重類	普通当座			
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





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。

		座に振込を依頼しより。						
申	被保険者 番 号	吹 国 1234567						
請	氏 名	吹田 花子			(	印		
者	生年月日	0000	1	00 H				
		(郵便番号 564-8550	)		)			
(受診者)	住 所	吹田市泉町1-3-40						
	電話番号							
	※該当	検 診 項 目 ける番号に○をつけてくださ	受診年月日					
$\bigcirc$	肺がん検診	(胸部エックス線検査)	20	21 年	2 月	1 日		
2	肺がん検診	(胸部エックス線検査及	食査)		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	大腸がん検討	<b>&gt;</b>				年	月	日
6	乳がん検診					年	月	日
7	子宮がん検討	》(頸部検診)				年	月	日
8	子宮がん検討	》(体部検診)			年	月	日	
9	前立腺がん	<b>食診</b>			年	月	月	
10	骨粗しょう	定検診 			年	月	日	
11	聴力検診				年	月	月	
交	付申請額			100円				
		※がん烩診竿の受診の際に	古せんへた	如 名 扣	みの海巾	尹匠士ナ	·浜 <i>什</i> 十:	マ テ し

※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

00	銀信用名信用名			00	支店		金の 重類	普通当座	
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	<b>-</b>						
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

(EII)