

和気町胃がんリスク検診(ABC検診)費用助成申請書兼請求書

和気町長 殿 次のとおり、胃がんリスク検診費用の給付を受けたいので申請（請求）します。				
申請日 (請求日)	平成 年 月 日	住所	和気町	
申請(請求) 者氏名	Ⓜ	電話	()	
	①		②	
胃がんリ スク検診 を受けた 者の氏名	フリガナ	フリガナ		
	申請者との続柄()	申請者との続柄()		
生年月日	年 月 日	年 月 日		
検診日	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
医療機関名				
検診費用	円	円		
上限額	円	円		
支給決定額	円 ㉞	円 ㉞		
請求金額		円 ㉞+㉟		
添付書類	※領収書〔被検診者氏名、検診名、胃がんリスク検診のみの金額、検診日、領収印のすべてが明記されたものに限ります。(レシートは不可)〕			
振 込 希 望 先	フリガナ			
	口座名義人 ※申請者と同一の 名義にすること			
	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店・支店 支所	
	預金の種類	1 普通預金 2 当座預金 3 貯蓄預金	口座番号	

注：金融機関は ゆうちょ銀行以外を指定してください

課長	課長補佐	係長	担当	合議

様式第 1 号（第 5 条関係）

上記申請に基づき、胃がんリスク検診費用の給付を行ってよろしいか。

決裁年月日 平成 年 月 日