

別記様式（第5条関係）

年 月 日

肺がん検診費助成金申請書

輪之内町長様

申請者 住所 輪之内町
氏名
電話番号
被検者との続柄

㊟

肺がん検診費助成に関する要綱により、下記のとおり肺がん検診を行いましたので助成金の申請をします。

補助金の額	※	円	支払金額	円
検診日	年	月	日	医療機関名
被検者	住所	〒503-02 輪之内町		
	氏名	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	
支払金融機関	銀行・金庫 農協		本・支店 支所・出張所	
	(どちらか○を) 普通・当座	口座番号	ふりがな 口座名義人 (申請者)	

※は記入しないでください。

添付書類：検診費領収書（原本）

検診結果の写し

◎助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。

申請者名 _____ ㊟