

別記様式（第5条関係）

子宮頸部がん検診費助成金申請書

年 月 日

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

㊟

子宮頸部がん検診費助成に関する要綱により、下記のとおり子宮頸部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	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
支払金融機関	銀行・金庫 農協		本・支店・支所 出張所・代理店	
	(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 _____ ㊟