様式第１（第５条関係）

東郷町がん検診費用助成金交付申請書

　　年　　月　　日

東郷町長殿

　東郷町がん検診費用助成金交付要綱第５条の規定により下記のとおりがん検診費用の助成を申請します。

金　　　　　　　　　　　　　　　円

【申請者】

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 電話番号 |  |
| 対象者であることの確認 | 該当する項目にレ点を付けてください。  □対象年齢である  □５月１日から１１月３０日までの間に受診した  □年度内に町の補助で子宮頸がん検診又は乳がん検診を受診していない  □保険診療によるがん検診ではない  □国及び県へのがん検診結果報告に同意します  □子宮頸がん検診又は乳がん検診を町指定医療機関以外のかかりつけ医で受診した |
| 検診の種類 | □子宮頸がん検診  □乳がん検診 |

* 申請書は、子宮頸がん検診又は乳がん検診を受診後、３０日以内に提出してください。

【添付書類】

・子宮頸がん検診又は乳がん検診の領収書

・がん検診結果票