

年 月 日

（提出先） 茨木市長

茨木市がん検診推進事業自己負担額助成金交付申請書兼請求書

茨木市がん検診推進事業自己負担額助成金の交付を次のとおり申請します。
 なお、助成金の交付の決定があったときは、当該助成金を請求します。

申請者 (受診者)	フリガナ					生 年 月 日
	氏 名	Ⓜ				年 月 日 (歳)
	※自署の場合は押印不要					
住所	〒	—	電話番号	()	—	
	茨木市					
受診したがん検診	受診日	乳がん検診	年 月 日			
		子宮がん検診	年 月 日			
	受診した医療機関の名称	乳がん検診				
		子宮がん検診				
申請兼請求金額			千	百	十	一
金額の左側に¥マークを記入してください。						
						〈助成金の額〉 乳がん検診 800円 子宮がん検診 500円

（申請者名義） 振込口座	金融機関名	銀行 金庫 農協	店 名	本店 支店 出張所
	預金種別	普 通 ・ 当 座		フリガナ
	口座番号	左 詰 め		口座名義

[同意]

茨木市がん検診推進事業自己負担額助成金の交付審査のために必要があるときは、私の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者 Ⓜ

※自署の場合は押印不要

[添付書類]

- ・ クーポン券
- ・ 対象がん検診の受診費用の支払を証する書類（領収書等）

記茨 入木 欄市	本人確認		確 認	受 付
	申請書及び書類確認			
	徴収区分変更			
	その他 ()			