

鳩山町胃がんリスク検査費用助成金交付申請書兼請求書

鳩山町長 宛て

申請者 住所 鳩山町  
氏名  
電話

㊞

鳩山町胃がんリスク検査費用助成金交付要綱第5条の規定により次のとおり申請します。  
なお、本申請書兼請求書の内容について、町が保有する個人情報を閲覧すること及び本検査の事実につき検査医療機関に照会することに同意します。

対象者										
生年月日	年	月	日	年 齢	満	歳				
検査日	年	月	日							
検査医療機関	医療機関名 所在地 電話番号									
検査金額	円									
振 込 先	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所・出張所					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

※添付書類

- 1 検査医療機関発行の領収書
- 2 検査を証する書類

問合せ先  
鳩山町保健センター  
電話 049-296-2530