

横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成金支給申請書

年 月 日

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

(申請者)

〒

住 所 横浜市

氏 名

(助成対象者との続柄)

生年月日 T・S 年 月 日

性 別 男 ・ 女

電 話 ()

横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成金の支給を受けたいので申請します。申請にあたり、横浜市がん検診における70歳以上精密検査費用助成実施要綱を遵守します。

添付書類： 領収証（写し） 診療明細書（写し） 横浜市がん検診の検診票（写し）

対象者※1	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上	男・女	T・S 年 月 日
	住 所	〒	電話番号	
申 請 事 由		<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん		

※助成金申請金額は診療明細書のうち、本市が認める精密検査項目の金額となりますので記載不要です。

ご希望のお振込口座をどちらか選択の上、チェックを入れてください。

ゆうちょ銀行以外の銀行口座へお振込み（普通口座のみ）

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店	預金種別 普通
	口座番号 (右詰)		口座名義人 (カ ナ)	

ゆうちょ銀行へのお振込み（普通口座のみ）

振込先	ゆうちょ銀行	※漢数字三桁で記入	本店 支店	記号	預金種別 普通
	口座番号 (右詰)		1	口座名義人 (カ ナ)	

(委任欄)

私は、次の者に横浜市がん検診における精密検査費用助成金支給申請と受領に関する一切の権限を委任します。

委託者（対象者）署名

受任者（申請者）

※1 申請者と対象者が同一の場合は省略できます。

※2 原則、対象者の方の口座となりますが、申請者の口座を希望する場合は委任欄をご記入ください。

(同意事項)

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

捨印

