

別記様式（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

大腸がん検診等精密検査における内視鏡検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

伊豆の国市長 氏名 宛

住 所

申請者 氏 名 ⑩

電話番号

下記のとおり、大腸がん検診等を受診後に精密検査を受けましたので、精密検査における内視鏡検査費用の助成を申請し、及び請求します。

大腸がん検診等受診日		年 月 日		
精密検査の内容	精密検査日	年 月 日		
	検査項目	大腸内視鏡検査		
	精密検査実施医療機関名			
	精密検査自己負担額	円		
助 成 申 請 額		円 (上限額3,000円)		
振込先	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合 支店・営業部 店・出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- ☐医療機関が発行した領収書
- ☐診療明細書等の検査内容が確認できるもの
- ☐振込口座の通帳等の写し
- ☐大腸がん検診等の受診結果の写し

【承諾書】

申請内容の確認に当たり、伊豆の国市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は伊豆の国市が実施する人間ドック事業実施課及び精密検査を実施した医療機関に問い合わせることを承諾します。

申請者氏名

(署名又は記名押印)