

志木市がん検診補助金交付申請書

年 月 日

志木市長 様

申請者

住所

氏名

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

私の世帯に係る市民税課税額（非課税額）に関する情報を収集することに同意し、志木市がん検診補助金交付要綱第4条の規定により、がん検診補助金の交付を次のとおり申請します。

受診者 (申請者本人であれば記入不要)	住所	志木市
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電 話	— —
受診医療機関名		
受診日	年 月 日	
受診した検診名	胃 ・ 子宮頸がん ・ 肺 ・ 乳 ・ 大腸 ・ 前立腺 (子宮がん体部) (喀痰)	
負担額	円	
添付書類	(1)費用負担額の領収書（原本） (2)その属する世帯のすべての世帯員が市町村民税を課されていない旨の証明書	

【振込先】

金融機関名	銀行・信用金庫・農協・労働金庫								
店舗名	本店・支店・出張所・本所								
預金種別	普通・当座	口座番号							
フリガナ									
名義人									

注 肝炎ウイルス検診は、補助金交付の対象になりません。