

第 1 号様式（第 4 条関係）

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
電話番号
メールアドレス

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	住所	志木市		
	氏名		電話	
	生年月日		年 月 日	（ 歳）
受診医療機関名				
受診日	年 月 日			
検診名				
負担額	円			

（振込先）

ふりがな			
名義人			
金融機関名 及び支店名	銀行・信用金庫・農協		支店
預金種目	普通 ・ 当座		
口座番号			

◎がん検診に係る領収書を添付してください。