

様式第1号（第5条関係）

立科町がん検診助成金交付申請書兼実績報告書

受診者 氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	(男・女)	年度末年齢	歳
受診した検診に○をしてください		検診受診月日	
	胃がん (50歳以上)	年 月 日	
	乳がん (40歳以上)	年 月 日	
	子宮頸がん (20歳以上)	年 月 日	
医療機関名			
検診料金	円		
交付申請額	円		
<p>上記のとおり、がん検診を受診しましたので、助成金の交付申請及び実績報告をします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>立科町長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 立科町大字 (受診者) 氏 名</p>			

※領収書等の原本を持参してください。