

第1号様式（第8条関係）

吉野町乳がん検診等受診費用助成申請書

受診者	ツガナ		生年 月日	年	月	日	
	氏名						
受診年月日	年		月	日			
受診 医療機関							
検診負担額	円						
振込 金融 機関	金融 機関名	銀行 信金 信組 農協		支店名	支店 出張所		
	コード			コード			
	預金 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号				
	口座 名義人	ツガナ 氏名					
<p>上記の乳がん検診等受診にかかる費用の助成を申請します。またこの申請に 関して、助成の確認に必要な住民記録を、町長が調査することに同意します。 年 月 日</p> <p>吉野町長 様</p> <p style="text-align: center;">(申請者) 住 所 奈良県吉野郡吉野町大字 氏 名 印 生年月日 年 月 日 電話番号</p>							

－添付書類－

- ・医療機関発行の領収書

《吉野町記入欄》※ここには何も記入しないでください。

受付日	受付 職員名	備考
-----	-----------	----

助成決定額	円
-------	---