

記入見本

様式第1号（第6条関係）

富士見市乳がん検診補助金交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

（宛先）富士見市長

申請者

住 所 富士見市大字鶴馬3351-2

氏 名 健 康 富 士 子

電話番号 049（252）3771

富士見市乳がん検診補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 ※記入しないでください 円

2 添付書類

- (1) 乳がん検診実績報告書（様式第2号）
- (2) 乳がん検診結果表の写し
- (3) 乳がん検診を実施した医療機関が発行する領収書及び明細書の原本

記入見本

様式第2号（第6条関係）

乳がん検診実績報告書

受診者	住 所	富士見市 大字鶴馬 3 3 5 1 - 2	
	電 話 番 号	自宅： 0 4 9 (2 5 2) 3 7 7 1 日中・緊急時： ()	
	氏 名	健康 富士子	
	生 年 月 日	平成元 年 4 月 1 日（満 歳）	
	健康保険組合名	国民健康保険	
	職 業	有 ・ 無	勤務先名： _____
受診日	令和 ○ 年 △△ 月 □□ 日		
医療機関	所 在 地	富士見市大字鶴馬 1 8 0 0 - 1	
	医 療 機 関 名	〇〇病院	
受診結果	異常なし ・ 要精密検査 ・ 要経過観察 ・ 要治療		
この乳がん検診について、健康保険組合や勤務先へ補助金等の申請は行っていないことを誓約します。また、乳がん検診に係る補助金の審査に必要な情報（住民基本台帳、医療保険各法による給付、健康保険組合や勤務先などの補助又は助成に係る事実確認等）について調査及び確認をすることに同意します。			
署名欄 健康 富士子 _____			

記入見本

様式第4号（第8条関係）

富士見市乳がん検診補助金交付請求書

令和 年 月 日

（宛先）富士見市長

※日付の記入は
しないでください

請求者

住 所 富士見市大字鶴馬3351-2

氏 名 健康 富士子

電話番号 049（252）3771

※この部分は増進センターで記入します

令和 年 月 日付け 第 号で補助金の交付決定を受けた富士見市
乳がん検診補助金については、補助金等の交付手続等に関する規則第16条第2項
の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 交付請求額 ※記入しないでください 円

2 補助金の振込先

金融機関名	健康増進 銀行 金庫 鶴瀬 支店 農協
預金種類	普通預金 ・ 当座預金
口座番号	12345
ふりがな	けんこう ふじこ
口座名義	健康 富士子

備考 通帳の写しなど振込先が分かるものを添付してください。