

(様式第 1 号)

胃がんリスク検診（ＡＢＣ検診）費用助成申請書

年 月 日

大熊町長 様

次のとおり胃がんリスク検診（ＡＢＣ検診）の検査費用を自己負担したので、費用に係る助成を申請いたします。

受診者 氏名	⑩	生年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日
住 所	大熊町大字 (避難先)	電話 番号	— —

検診実施機関	名 称	
	住 所	
	連絡先	
助成申請額		円

(添付書類) 領収書及び検査結果通知書 (写し)

【口座振込依頼欄】

金融機関名	本店支店名	口座種別	口座番号	口座名義人

注：振込口座は本人になります。