

様式第1号

堺市がん検診助成金申請書兼実績報告書

堺市長 殿

年 月 日

住所			
氏名	(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)		
連絡先電話番号	( )	—	

注1 連絡先電話番号は、普段連絡が取れる電話番号を御記入ください(自宅、携帯電話等)。

助成金を以下のとおり申請します。

検診名	受診日	検診機関名	助成金額
子宮頸がん検診			円
乳がん検診(視触診)			円
乳がん検診(マンモグラフィ)			円
申請金額 計			円

注2 受診日、検診機関名、助成金額を記入の上、検診機関が発行した検診受診証明書又は領収書を必ず添付してください。