様式第１号（第６条関係）

能代市すい臓等がんドック検診費助成申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 受付番号 |  |
| 住所 | 〒  能代市 | | |
| ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 受診者氏名 |  |
| 生年月日 | 年 　　月　　 日 | 性　　別 | 男・女 |
| 希望する指定医療機関名 |  | 希望する  受診年月 | 年 　　月 |
| 自身の加入する保険者名称 |  | がんでの入院、治療、観察状況 | 入院、治療、経過観察中の 有 ・ 無 |
| 能代市すい臓等がんドック検診費助成要綱に基づき、すい臓等がんドック検診費の助成を受けたいので、下記の記載内容を承諾の上、申請します。  【**承諾事項**】  　・市が、助成要件確認のため、私の個人情報（滞納状況等確認）を開示する  　　こと。  ・この申請に係る助成金の請求及び受領に関する一切の権限を、受診した  指定医療機関へ委任すること。  　・すい臓等がんドック検診結果について、指定医療機関から市に報告される  こと及び、結果を統計資料等へ利用すること。  　・助成金が支払われた後に、自らの瑕疵等により助成の決定が取り消された  ときは、助成金相当額を速やかに市に返還すること。    年　 　月　 　日  　能代市長　　様  　　　　　　　　　　　　申請者（受診者）氏名 | | | |

※市処理欄（以下は記入しないでください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所・年齢要件 | １年以上 該当・非該当 | ４０歳以上・未満 |  | **審査結果** |
| 加入保険の助成有無 | 有　・　無 | | **可・否** |
| がんによる入院、治療、観察状況 | 入院、治療、観察中　 有 ・ 無 | |
| 過去２年間助成有無 | 有・無 | |
| 市税等滞納状況 | 有　・　無 | |