様式第２号（第７条関係）

記号番号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

能代市長　　　　　　　　　印

能代市すい臓等がんドック検診費助成決定通知書

　　　　年　　月　　日付けで申請のありました能代市すい臓等がんドック検診費助成について、下記のとおり助成することに決定しましたので通知します。

記

　１　すい臓等がんドック検診費用の負担内訳

　（１）助　成　額　　受診する指定医療機関が定める検診費に、２分の１を乗じて得た額。ただし、上限は２０，０００円とする。

　（２）自己負担額　　検診費から（１）助成額を除いた額

　２　検診当日に持参するもの

　（１）能代市すい臓等がんドック検診助成決定通知書（本書）

　（２）健康保険証

（３）自己負担額（受診当日、指定医療機関に支払うこと）

（４）その他医療機関から指定されたもの

　３　そ　の　他

　（１）すい臓等がんドック検診受診については、あらかじめ指定医療機関へ検診日の予約が必要となります。各自で直接お問合せください。

（２）決定通知書（本書）がお手元に届く前に、すい臓等がんドック検診を受診された場合や、指定医療機関以外で受診した場合、または、以下に示す有効期間内に受診しなかった場合は、本助成の対象外となりますので、ご注意願います。

有効期間：　 　年 　月 　日から　 　年 　月 　日まで