

# がん検診助成金交付申請書

実施年月日	令和 年 月 日 (胃がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん)					
	令和 年 月 日 (胃がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん)					
	令和 年 月 日 (胃がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん)					
実施場所						
実施検査機関						
検診種別	受診者数 ①	非組合員数 ②	人間ドック 受診者数 ③	助成対象 組合員数 ④ (①-②-③)	検査料 ⑤ 助成金額の上限に 満たない場合はその額 (税込み)	助成金額 ④ × ⑤
胃がん	人	人	人	人	( 円) 上限2,000円	円
大腸がん	人	人	人	人	( 円) 上限1,000円	円
前立腺がん	人	人	人	人	( 円) 上限1,500円	円
乳がん	人	人	人	人	( 円) 上限2,000円	円
子宮がん	人	人	人	人	( 円) 上限1,500円	円
<b>申請助成金額</b>					<b>円</b>	
<p>当所属所の組合員を対象に「がん検診」を実施しましたので、助成金の交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>福井県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">所属所長 印</p>						
送金先	金融機関名	銀行 ( )		支店名	支店	
	預金種別	普通預金 ・ 当座預金		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義					

**【添付書類】**

- 1 受診者名簿 (組合員証記号番号順、受診した検査項目がわかるもの又は検診種別ごとに集計されたもの)
- 2 実施検査機関からの請求書又は領収書の写 (検診種別ごとに集計されたもの、検査料の単価の記載のあるもの)

# がん検診助成金交付申請書

実施年月日	令和 ○年 ○月 ○日 (胃がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん)
	令和 ○年 ○月 ○日 (胃がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん)
	令和 年 月 日 (胃がん・大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん)

実施場所

実施検査機関

検診種別	受診者数 ①	非組合員数 ②	人間ドック 受診者数 ③	助成対象 組合員数 ④ (①-②-③)	検査料 ⑤ 助成金額の上限に 満たない場合はその額 (税込み)	助成金額 ④ × ⑤
胃がん	人	人	人	人	( 円) 上限2,000円	円
大腸がん	102人	10人	14人	78人	( 990 円) <del>上限1,000円</del>	77,220 円
前立腺がん	34人	3人	8人	23人	( 円) 上限1,500円	34,500 円
乳がん	13人	5人	3人	5人	( 円) 上限2,000円	10,000 円
子宮がん	人	人	人	人	( 円) 上限1,500円	円

申請助成金額

121,720 円

当所属所の組合員を対象に「がん検診」を実施しましたので、助成金の交付を申請します。

令和 ○年 ○月 ○日

福井県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長

○○○○

印

送金先	金融機関名	○ (○) 銀行	支店名	○○○ 支店	
	預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	1 0 0 2 3 0 5	
	フリガナ	○○○○○○○○○○			
	口座名義	○○○○○			

【添付書類】

- 1 受診者名簿 (組合員証記号番号順、受診した検査項目がわかるもの又は検診種別ごとに集計されたもの)
- 2 実施検査機関からの請求書又は領収書の写 (検診種別ごとに集計されたもの、検査料の単価の記載のあるもの)