様式第1号

受付番号　　－

**氷見市ＰＥＴ－ＣＴ検診費助成申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 保険証記号番号 |  |
| 利用者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 性別 | 男・女 |
|  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日　 |
| 世帯主氏名 |  |
| 受診する指定医療機関 |  |
| 利用日 | 　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　） |

ＰＥＴ－ＣＴ検診費の助成を受けたいので、上記の通り申請します。

また、助成金の交付要件を確認するため、市税等の納入状況（申請者及び同一世帯に属する者）、住民基本台帳の情報について市が確認することについて同意します。

 令和　　年　　月　　日

氷見市長　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（利用者） | 住所 | 〒　　　－　　　　 |
| 氷見市 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　　－　　　　　－　　　　　） |
| 届出者 | 氏名 |  |

職員使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 窓口受付印 |  |  | 資格確認 | 有・無 | 納付状況 | 適・否 | 確認印 |  |