

様式第1号（第4条関係）

乳がん検診補助金交付申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所  
氏名  
電話番号

下記のとおり乳がん検診補助金の交付を受けたいので、ふじみ野市乳がん検診補助金交付要綱第4条の規定により申請します。

記

受診者	住 所	ふじみ野市
	電 話 番 号	( )
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
受診理由		
受診(予定) 医療機関名		
検診の種類	乳房X線検査 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房視触診検査	
検診費用		
備考欄		

※ 乳房視触診検査のみの乳がん検診を受ける場合は、補助の対象とはなりません。