様式第1号（第5条関係）

　　　　　　　　　　能美市ＤＷＩＢＳ検査・ＰＥＴ検査助成券交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

能美市長　あて

　私は、能美市ＤＷＩＢＳ検査・ＰＥＴ検査等助成実施要綱第５条に基づき、下記の助成券の交付を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望の検査（〇で囲む） | 希望病院（〇で囲む） |
| ＤＷＩＢＳ検査 | 　 能美市立病院 　　芳珠記念病院 |
| ＰＥＴ検査 |  　　　　　能美市立病院 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　日（　　　歳）　年度末の年齢 |
| 加入の健康保険組合（○で囲む） | 能美市国民健康保険　　社保　　健保組合　　共済　 |
| 市の指定するがん検診の受診について（〇で囲む）　**⇒未受診の項目がある場合は助成対象外となります。ご希望の場合は、受診後に申請してください。** |
| 胃がん（バリウム） （胃カメラ） | 今年度受診済　　DWIBS・PET検査時に受診予定　　胃の病気で治療中（疾患名：　　　　　　　　　）　　未受診　　 |
| 前年度または今年度受診済　　DWIBS・PET検査時に受診予定胃の病気で治療中（疾患名：　　　　　　　　　）　　未受診　　 |
| 肺がん | 今年度受診済　　DWIBS・PET検査時に受診予定　肺の病気で治療中（疾患名：　　　　　　　　　）　　未受診　 |
| 大腸がん | 今年度受診済　　DWIBS・PET検査時に受診予定大腸の病気で治療中（疾患名：　　　　　　　　）　　未受診　　 |
| 女性のみ | 子宮頸がん | 今年度受診済　　DWIBS・PET検査時に受診予定子宮の病気で治療中（疾患名：　　　　　　　　）　　未受診 |
| 乳がん | 前年度または今年度受診済　　DWIBS・PET検査時に受診予定　　乳房の病気で治療中（疾患名：　　　　　　　　）　　未受診 |
| 健康保険組合等からの助成 | 無　　　有 ＤＷＩＢＳ検査：助成額　　　　　　　　円　　　　　　ＰＥＴ検査：助成額　　　　　　　　円 |
| ・この申請の審査の際、市長が私の市税等の納付状況について閲覧することについて同意します。・検査結果について医療機関から市へ提供することに同意します。・偽りその他不正の手段により助成を受けた場合は、助成を受けた金額を返還します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　※次の欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | 受付者 |  |
| 受診の適否 | 受診を　適当　不適と認める【不適の理由】未完納（納付済・未）　年齢対象外　がん検診未受診 |
| 受診券交付日 | 　　　　年　　月　　日 | 交付番号 |  |