

様式第1号(第6条関係)

中能登町PET-CT検査費用助成事業利用申請書兼請求書

年 月 日

中能登町長

(申請者)

住 所 中能登町

氏 名

印

(電話番号)

中能登町PET-CT検査費用助成事業実施要綱の規定により、次のとおり申請し、下記事項についても同意します。

- ① 本申請の審査に必要な範囲で、住民登録等の調査を受けること。
- ② PET-CT検査が万能でないこと、及び検査結果や健康被害に関するトラブルが発生した場合、中能登町は一切の責任を負わないことをあらかじめ理解の上、検査を受けること。

※町が知り得た個人情報について事業の運営上必要な事項についてのみ使用し、外部への個人情報の開示等を行いません。

対 象 者 (申請者)	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
	現 住 所	中能登町		
受診検査実施機関 (該当箇所に✓を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 恵寿総合病院 <input type="checkbox"/> 金沢医科大学病院 <input type="checkbox"/> 浅ノ川総合病院 <input type="checkbox"/> 石川県立中央病院 <input type="checkbox"/> その他(病院)			
PET-CT検査受診日	年 月 日			
助成金申請額	金20,000円			
助成金の振込先	銀 行 名	支 店 名	口 座 番 号	
	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店	普 当	