

記入例(受診者本人の口座に振り込む場合)

様式第1 (第6条関係)

がん検診料償還払い支給申請書兼請求書

申請日を記入してください。

令和6年10月14日

鹿児島市長 殿

がん検診料に係る償還払いの支給について関係
金は、下記の口座に振り込んでください。

マンモグラフィ検査2方向の分のみ。

エコー検査など他の検査料は含みません。

【金額】 集団検診: 1,300円

個別検診: 2,400円

該当するいずれかの金額を記入してください。

ふりがな 申請者氏名	かごしま はなこ 鹿児島 花子		生年月日	昭和58年12月14日	
申請者住所	〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号 (電話番号 自宅 099-xxxx-xxxx 携帯 090-0000-△△△△)				
申請内容	検診種別	受診日	検診機関名	申請額	
	乳がん検診	令和6年 5月11日	〇〇病院	〇〇円	
金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
〇△ 銀行 金庫	△〇 本店 支店	普通 当座	鹿児島 0012345 0012345	フリガナ カゴシマ ハナコ 鹿児島 花子	
受任者 住所 氏名	住所 氏名 印 委任者との続柄				

訂正をする場合には、二重線を引いたうえで
その上から押印してください。

※シャチハタ不可

とを下記の者に
す。

通帳などを確認しながら記入してください。

通帳やキャッシュカード等のコピーも必ず添
付してください。

添付書類

(1) 市が交付したクーポン券 紛失

(2) 領収書 受診したことが確認できる書類 (当該書類を保有する場合に限る。) 紛失

(1)(2)⇒紛失された場合は、余白に紛失と記入してください。確認できる書類の写し

(3)⇒必ず添付してください。

整理番号	決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
------	-------	-------	--------	---

受診者本人以外の口座に振り込む場合は裏面をご覧ください。

記入例 (受診者本人以外の口座に振り込む場合)

様式第1 (第6条関係)

がん検診料償還払い支給申請書兼請求書

申請日を記入してください。

令和6年10月14日

鹿児島市長 殿

がん検診料に係る償還払いの支給について関係
金は、下記の口座に振り込んでください。

マンモグラフィ検査2方向の分のみ。

エコー検査など他の検査料は含みません。

【金額】 集団検診: 1,300円

個別検診: 2,400円

該当するいずれかの金額を記入してください。

ふりがな 申請者氏名	かごしま はなこ 鹿児島 花子	生年月日	昭和58年12月14日
申請者住所	〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号 (電話番号 自宅 099-xxxx-□□□□ 携帯 090-○○○○-△△△△)		

通帳などを確認しながら記入してください。

通帳やキャッシュカード等のコピーも必ず添付してください。

受診日	検診機関名	申請額
令和6年5月11日	〇〇病院	〇〇円
口座番号	口座名義	
〇〇銀行 本店 普通当座 0054321	フリガナ カゴシマ タロウ 鹿児島 太郎	

上記検診料に係る償還金の受領に関することを下記

委任者 住所 鹿児島市山下町11番1号

氏名 鹿児島 花子

受任者 住所 鹿児島市山下町11番1号

氏名 鹿児島 太郎

委任者と受任者は異なる印鑑で押印してください。

※シャチハタ不可

鹿児島印

鹿児島印

続柄 本人

委任者との続柄 夫

添付書類

(1) 市が交付したクーポン券 紛失

(2) 領収書 受診したことが確認できる書類 (当該書類を保有する場合に限る。) 紛失

(1) (2) ⇒ 紛失された場合は、余白に紛失と記入してください。

(3) ⇒ 必ず添付してください。

委任者(申請者)からみた続柄を記載してください

整理番号	決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
------	-------	-------	--------	---

受診者本人の口座に振り込む場合は裏面をご覧ください。