

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

年 月 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書類を添え、下記のとおり申請します。償還金は、下記の口座に振り込んでください。

ふりがな 申請者氏名			生年月日	年 月 日	
申請者住所	〒 (電話番号 自宅 携帯 )				
申請内容	検診種別		受診日	検診機関名	申請額
			年 月 日		円
金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行	本店	普通 当座		フリガナ	
金庫	支店				
農協	出張所				
上記検診料に係る償還金の受領に関することを下記の者に委任します。					
委任者 住所					
氏名		印	申請者との続柄		
受任者 住所					
氏名		印	委任者との続柄		

添付書類

- (1) 市が交付したクーポン券
- (2) 領収書等がん検診を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。）
- (3) 金融機関の通帳やキャッシュカード等の振込先口座が確認できる書類の写し

処理欄（下枠内は記入不要）

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