

記入見本

年 月 日

習志野市長 宮本 泰介 あて

申請者 住 所 津田沼5-14-24

(受診者) 氏 名 習志野 花子

印

生年月日 昭・平 ○年 ○月 ○日

電話番号 453-2923

習志野市がん検診推進事業(がん検診無料クーポン券)自己負担金助成申請及び請求書(償還払い)

下記のとおり、受診に要した費用に関する関係書類を添えて申請及び請求します。

記

1. 申請内容

検診名	受診月日	受診医療機関名	自己負担額
子宮頸がん検診	年 月 日		500 円
乳がん検診 (マンモグラフィ検査)	令和○年 ○月 ○日	○○病院	1,000 円
申請額合計			1,000 円

2. 振込先

金融機関名	○○ 銀行 信用金庫 ()	○○ 本店支店 ()
口座番号	1234567	支店番号 123 預金区分 普通・当座・貯蓄
口座名義	(カタカナで記入) ナラシノ ハナコ	

- ・申請者と口座名義が違う場合には、委任状が必要となります。
- ・修正液は使用不可です。訂正は二重線を引き、脇に印鑑を押してください。印鑑は申請者印と同じものを使用してください。

<添付関係書類>

受診したがん検診のクーポン券(原券)、受診したことがわかる書類(領収書)