

年 月 日

習志野市長 宮本 泰介 あて

申請者 住 所 _____
(受診者) 氏 名 _____ 印
生年月日 昭・平 年 月 日 _____
電話番号 _____

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)	年 月 日		1,000 円
申請額合計			円

2. 振込先

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 ()	本店・支店 ()	
		支店番号	
口座番号		預金区分	普通・当座・貯蓄
口座名義	(カタカナで記入)		

- ・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、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(領収書など)