

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5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57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5年5月11日	〇〇病院	2,400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 0012354 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。

通帳などのコピーも必ず添付してください。

添付書類

(1) 市が支給したクーポン券

(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)⇒紛失された方はご連絡ください。

(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。

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5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57年12月14		
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-xxxx)				

通帳などを確認しながら記入してください。

通帳など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5年5月11日	〇〇病院	〇〇円
種別	口座番号	口座名義
銀行 〇△ 金庫 農協	本店 支店 出張所	フリガナ カゴシマ タロウ 鹿児島 太郎
普通 当座	0054321	

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

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

(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)⇒紛失された方はご連絡ください。

(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。

確認できる書類の写し

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。