

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8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：1,600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60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-△△△△)				
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8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		とを下記の者に す。			
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

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。 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8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: 1,600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60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-△△△△)				
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8年5月11日	〇〇病院	〇〇円	
別		口座番号	口座名義		
〇△ 銀行 金庫 農協	△〇 本店 支店 出張所	普通 当座	フリガナ	カゴシマ タロウ	
		0054321	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			
委任者 住所	鹿児島市山下町11番1号		印	本人	
氏名	鹿児島 花子		印	夫	
受任者 住所	鹿児島市山下町11番1号		印	夫	
氏名	鹿児島 太郎		印	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。 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

受診者本人の口座に振り込む場合は裏面をご覧ください。