

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。

頸部検査の分のみ

コルポスコープ検査やほかの検査料は含みません。

【金額】 集団検診：1,100円

個別検診：1,700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	平成17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	
	子宮頸がん検診	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			

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

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。

頸部検査の分のみ

コルポスコープ検査やほかの検査料は含みません。

【金額】 集団検診:1,100円
個別検診:1,700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	平成17年12月1
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
種別	口座番号	口座名義
銀行 〇△ 金庫 農協	本店 △〇 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

印 本人

鹿 委任者との続柄 父

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。

(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。

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。