

(宛先) 高松市長

がん検診自己負担金償還申請書

がん検診の自己負担金について償還を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の課税状況、私の生活保護又は支援給付の受給の有無について確認されることを承諾します。

申請者	住所	高松市		
	氏名		性別	
	生年月日	年 月 日	連絡先☎	
がん検診の種類 該当する区分に☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 胃がん集団検診 <input type="checkbox"/> 胃がん個別検診 (胃部内視鏡検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん個別検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん個別検診 (マンモグラフィ・2方向) <input type="checkbox"/> 乳がん集団検診 (マンモグラフィ・2方向)		<input type="checkbox"/> 胃がん個別検診 (胃部エックス線検査) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん集団検診 <input type="checkbox"/> 肺がん集団検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん個別検診 (マンモグラフィ・1方向) <input type="checkbox"/> 乳がん集団検診 (マンモグラフィ・1方向)	
該当区分 該当する区分に☑をしてください。	世帯等の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けている者 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律等による支援給付又は配偶者支援金の支給を受けている者 <input type="checkbox"/> 当該年度の市町村民税が非課税である世帯に属する者		
私、申請者は、下記の代理人に、がん検診自己負担金償還の(申請・受領)手続を委任します。				
申請者 _____				
代理人	住所	連絡先☎		申請者との関係
	氏名	生年月日	年 月 日	
同一世帯に属する者	氏 名		生年月日	続 柄
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
添付書類	がん検診を実施した医療機関等から受領した、当該がん検診に係る領収書 (*領収書を紛失した場合は自己負担金を支払ったことを証する書類)			

上記の申請について承認があったときは、次の口座にお振込みください

振込先	銀行・農協 金庫・組合			店 出張所	フリガナ
	普通預金 当座預金				口座名義人

備考

- 申請に際しては、本人確認書類を提示してください。
- 代理人が申請書を提出する場合は、代理人の本人確認書類を提示してください。また、上記委任状に申請者本人の署名がない場合は、代理権を証明する書類が必要です。