

碧南市子宮頸がん検診及び乳がん検診費用償還払い申請請求書

令和 年 月 日

碧南市長 様

申請者 住所 碧南市

氏名 (自署)

碧南市子宮頸がん検診及び乳がん検診費用償還払いに関する規程に基づき、関係書類を添えて以下のとおり申請します。

金 円

受診者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	H・S 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
検診種別		子宮頸がん検診 ・ 乳がん検診		
検診実施場所		保健センター ・ 医療機関 ()		
検診日		令和 年 月 日		

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協						
支店名	店 (ゆうちょ銀行の場合は漢数字の支店名を記入してください)						
預金種別	1 普通		2 当座				
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							

申請者と口座名義人が異なる場合は、裏面の委任状の記入が必要です。

※事務局確認欄

クーポン券 担当 () 受診を証明する書類 支払額を証明する書類