

別記様式第2号(第13条関係)

七飯町がん検診費用償還払申請書兼請求書

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

がん検診における検診費用償還払を受けたいので、新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業実施要綱第13条の規定により申請(請求)します。

受診者氏名				
生年月日		年 月 日 (歳)		
受診年月日		年 月 日		
受診した医療機関名				
検診の種類		子宮頸がん検診クーポン券 乳がん検診クーポン券		
金 額		円		
補助金額		円		
補助金の 受取方法	金融機関	銀行・組合 金庫・農協		支店・支所 出張所
	預金種目	当座・普通	口座番号	
現 金 振り込み	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類 1. クーポン券 2. 医療機関の領収書 3. 振込口座の通帳の写し

※事務処理欄

本人または、申請書確認

運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他 ()