

※ **枠内** を記載してください。

様式第1号 (第4条関係)

松山市がん検診費用助成申請書

申請日をご記入ください

年 月 日

(宛先)

松 山 市 長

申請日現在の住所をご記入ください。
またクーポン券発行後に転居した場合は、
窓口担当者にお知らせください。
※記入した氏名が本人以外の場合、払い戻しが
できない場合があります

申請者

〒

住所

フリガナ

氏名

電話

印

スタンプ印は不可
請求書と同じ印鑑を使用してください。
印影が読み取れない場合、空いてる箇所に押し直してください

下記のとおりがん検診を受診しましたので、関係書類を添えて、松山市がん検診費用の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民基本台帳の閲覧及び発行について承諾します。

助成対象検診	検診受診日	検診会場	助成申請額
子宮頸がん検診	年 月 日		円
乳がん検診	年 月 日		円
合 計			円

検診受診日、検診会場を
記入して下さい

に検診に要した費用の額とする。

助成対象者本人が死亡の場合は、下記の念書欄に署名押印してください。

念 書

(宛先) 松山市長

年 月 日

相続人

住所

申請者が遺族の場合は、この欄もご記入ください。

氏名

印

続柄

年 月 日 _____ の死亡により、松山市がん検診費用助成金の

申請及び受領について相続人の間で異議が生じても、私が全責任を持って解決し、

松山市には一切ご迷惑はおかけいたしません。

----- 市担当者確認欄 -----

クーポン券 領収書 検診結果 写真貼付の身分証明書
 受付者 ()

※ **枠内** を記載してください。

松山市がん検診費用助成請求書

(宛先)
松 山 市 長

申請書と同じ印鑑を使用してください。印影が読み取れない場合、空いてる箇所に押し直してください

債権者番号 _____

住所 _____

フリガナ
氏名 _____ (印)

電話 () - _____

ゆうちょ銀行の場合、記号・番号を職員にお知らせください。

_____ 円

振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店/支所 出張所
普通預金 / 当座預金	<input type="checkbox"/> 口座番号	
フリガナ <input type="checkbox"/> 口座名義人		

必ずご本人（クーポン対象者）名義の口座を記載してください。
フリガナもお願いします。
※記入した氏名が本人以外の場合、払い戻しができない場合があります。

助成対象者本人が死亡の場合は、下記の念書欄に署名押印してください。

念 書

(宛先) 松山市長 _____ 年 月 日

相続人 住所 **申請者が遺族の場合は、この欄もご記入ください。**

氏名 _____ 印 続柄 _____

年 月 日 _____ の死亡により、松山市がん検診費用助成金の請求及び受領について相続人の間で異議が生じても、私が全責任を持って解決し、松山市には一切ご迷惑はおかけいたしません。

----- 市担当者確認欄 -----

銀行口座 写真貼付の身分証明書 その他の書類

受付者 ()