

松山市がん検診費用助成請求書

年 月 日

(宛先)  
松 山 市 長

債権者番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

フリガナ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり助成金の請求をいたします。

請求金額	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	口座番号	
フリガナ 口座名義人		

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

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	<input type="checkbox"/>	写真貼付の身分証明書	<input type="checkbox"/>	その他の書類	<input type="checkbox"/>
受付者 ( )					