

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 _____

電話 （ ） — _____

次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、以下の念書欄に署名してください。

念 書

（宛先） 松山市長
年 月 日

相続人
住所
氏名

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、
松山市には一切御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				()	