

松山市がん検診費用助成申請書

年 月 日

（宛先）

松 山 市 長

申請者

〒

住所

氏名

電話

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

（注）助成申請額は、実際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、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

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、

松山市には一切御迷惑はおかけいたしません。

----- 市担当者確認欄 -----

クーポン券	<input type="checkbox"/>	領収書	<input type="checkbox"/>	検診結果	<input type="checkbox"/>	写真貼付の身分証明書	<input type="checkbox"/>
						受付者	()