

申請日をご記入ください。

松山市がん検診費用助成申請書

令和7年8月1日

記入例

(宛先)

松山市長

申請者

〒

790-1111

住所

松山市壹町6丁目〇-〇

受診者ご本人様です。
相続人申請の場合は、
相続人です。

フリガナ
氏名

マツヤマ ハナコ
松山 花子

電話

911-〇〇〇〇

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	令和7年6月1日	〇〇病院	職員が記入します
乳がん検診	年 月 日		
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押印してください。

念書

(宛先) 松山市長

申請者をご遺族の場合はご記入ください。

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、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	()