

(様式第3号)

## がん検診費用に係る自己負担金払戻し申請書

年 月 日

島原市長 様

島原市のがん検診クーポン券に係る費用の自己負担金の払戻しについて、下記のとおり申請します。

受診者氏名	①	生年月日	昭和 平成 年 月 日
住所	島原市	電話番号	
検診の種類	子宮がん検診	乳がん検診	
受診した医療機関名			
受診年月日	年 月 日		
支払った金額	円		

口座振込先		
金融機関名	銀行・金庫 農協・漁協 信用組合	本店・支店 本所・支所 出張所
預金種目	普通	当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

- 添付書類 1) クーポン券  
2) 実施機関発行の領収書 (写し)