

附則様式（附則第4項関係）

大阪狭山市大腸がん検診等負担金償還払い申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

申請者 住 所
氏 名
続 柄
電話番号

㊞

大腸がん検診等の負担金について、次のとおり償還払いを申請します。

受 診 者	フリガナ 氏 名			
	住 所			
申 請 理 由	1 クーポン交付前の受診 2 その他（ ）			
申 請 内 容		受診年月日	医療機関名称	申請額
	大腸がん検診	年 月 日		円
	乳がん検診	年 月 日		円
	子宮頸がん検診	年 月 日		円
	合 計			円
申 請 額	円			
振 込 先	金融機関（ゆうちょ銀行を除く。）	金融機関名	銀行 農協 支店	
		預金の種別	普通・当座・その他（ ）	
		口座番号		
		フリガナ 口座名義		
	ゆうちょ銀行	貯金種類		
		通帳記号		
		通帳番号		
		フリガナ 口座名義		
備 考				

添付書類

- 1 医療機関の領収書
- 2 クーポン