

別記様式第3号（第6条関係）

選べる無料クーポン券償還払い申請書兼請求書兼確約書

年 月 日

（宛先）今治市長

住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話（ ） -

今年度、特定健診等の基本健診を受診し、かつ5大がん検診（大腸がん、肺がん（X線）、胃がん、子宮頸がん、乳がん）のいずれか1つを受診しました。がん検診の自己負担金分の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求をします。

なお、申請及び請求をするにあたり、年度内に基本健診を受診していること、選べる無料クーポン券を使用していないことを確約します。

助成金交付請求額 金 _____ 円

※太枠の中をご記入ください

基本健診受診日	年 月 日 受診場所（ ）
申請するがん検診	大腸がん 胃がん 肺がん（X線） 子宮頸がん 乳がん 受診日 年 月 日 受診場所（ ）

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 (※)		

※選べる無料クーポン券を使用した人の口座

関係書類	<ul style="list-style-type: none"> 基本健診の受診がわかるもの（健診結果等） 口座がわかるもの がん検診の領収書・明細書
職員確認欄	基本健診の受診を確認済 確認未