

無料クーポン券償還払申請書

フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
氏名			
住所			
検診受診病院		検診日	令和 年 月 日
検査項目	償還請求額	償還決定額 ※記入不要	
乳がん検診	円		円
子宮頸がん検診	円		円
上記のとおり検診に要した費用の払戻を申請します。 豊見城市長殿 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 印 連絡先 _____			

振込口座

金融機関	銀行・農協・ゆうちょ銀行・信用金庫		支店名	
預金種目	普通・当座	口座番号	店番	
フリガナ				
口座名義人				

※支払期限 30 日以内

※申請人と講座名義人が同一でない場合は、次の委任状に必要事項を記入・押印すること

委任状	
豊見城市長殿	
償還金の受領権限を以下の者に委任します	
受任者（代理人）	委任者（申請者）
住所： _____	住所： _____
氏名： _____	氏名： _____
	（続柄： _____）

添付書類： 検診料金にかかる領収書 検診の結果がわかるもの 通帳の写し
 未使用のクーポン券 代理人（受任者）の公的身分証明証の写し（委任状有りの時）