（様式第１号）

神戸市新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業
自己負担金返戻申請書兼請求書

神戸市長　宛

自己負担金返戻を申請します。申請内容に不正があった場合は受給額を全額返還することに同意します。

申請年月日　　令和　　年　　月　　日

申請者	現 住 所	〒　　－	
	受診時点の住所		
	受診年月日	令和　　年　　月　　日	
	フリガナ		電話番号
	氏　　名		（　　）　　－
	申請金額	金　　1,700　　円	

振込先	銀行名 郵貯可※											口座名義（カナ）３０字以内										
	支店名																					
	預　金 種　目	１　普通 ２　当座	口座番号 ※																			

（添付書類）　　□未使用のクーポン券（原本）

（コピー添付）　□運転免許証、健康保険証等本人確認できるもの(受診日時点の住所がわかるもの)のコピー

□領収書（医療機関の名称・所在地あるいは検診機関名、受診者氏名、受診年月日、領収金額及び領収日が明記）

□本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピー（見開きの口座番号、名義人カナ氏名が印刷されている部分またはキャッシュカードのコピー等）

※　ゆうちょ銀行に振込希望の場合は、新たに設定された振込用の店名、預金種目、口座番号(７桁)を記入し、通帳でこれらが印字された部分のコピーを提出ください。

※神戸市記入欄	受理日	決定日
	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日