

川 崎 市 長 様

川崎市がん検診推進事業受診者自己負担額助成申請書

【記入した日】 令和 年 月 日

関係書類を添え、次のとおり、受診者自己負担額の助成を申請します。

申請者のお名前	(フリガナ)									
申請者の生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)									
申請者の御住所	〒 川崎市 区									
電話番号(携帯番号可)	()									
受診券番号(クーポン券から転記)										
申 請 額	☐ 1,000円 (子宮頸がん検診) ☐ 1,000円 (乳がん検診)									

- 1 受診されたがん検診について、御記入ください。
また、医療機関から受け取ったがん検診の結果票の写しを添付してください。
ただし、紛失された場合には、川崎市が実施するがん検診を受診したことが分かる領収書の写しをこの申請書に添付してください。(裏面を御覧ください)

	検診を受診した日	受診した医療機関の名称
子宮頸がん検診	令和 年 月 日	
乳がん検診	令和 年 月 日	

- 2 振込先口座を御記入ください。
(1) 受診された方御本人様の口座に限ります。
(2) 振込先は1ヶ所のみ指定できます。
(3) 金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に御記入ください。

金 融 機 関	金 融 機 関 名			支 店 名			種別	口 座 名 義 人 (カ ナ)		
	銀 行 金 庫 信 用 組 合 農業協同組合			本 店 支 店 出 張 所			普通	()		
	金 融 機 関 コード			支 店 コード			種類	口 座 番 号 (右 づ め で 記 入)		
							1			

※金融機関コードについては、統合後のコードを記入してください。

ゆう ちょ 銀 行	金融機関コード	支店コード	種類	口座番号(右づめで記入)	口 座 名 義 人 (カ ナ)
	9 9 0 0		普通		()

※ゆうちょ銀行を指定された場合は、他の金融機関からの振込用口座を御記入ください。振込用口座が分からない場合は、お近くのゆうちょ銀行にお問合せください。

- 3 裏面に、振込口座証明書類(写し)、無料クーポン券(右側の半券)を貼付(のり付け)してください。
※これらの貼付がされていない場合は、助成の手続きができませんので、必ず貼付してください。
なお、受診された医療機関に受診日等申請書内容の照会をすることがあります。

振込口座証明書類(写) 貼付欄

振込口座証明書類として認められるもの

通帳（口座情報が記載されている部分）

全体をのり付けしてください

（ 銀行名、支店名、口座番号、口座名義人名の
全てがきちんと読みとれるものを添付してください ）

預金通帳

※受診されたがん検診の記録票・結果票の写し又は領収書の写しは、この申請書に
ホチキスで止めてください。

クーポン券貼付欄

子宮頸がん検診

全体をのり付けしてください

クーポン券貼付欄

乳がん検診

全体をのり付けしてください