

世田谷区長 あて

平成 年 月 日

申立書 兼 がん検診自己負担金還付請求書

私は、平成__年度に世田谷区が実施するがん検診を受診するにあたり、自己負担金が無料となる対象（前年度住民税が全員非課税の世帯）に該当することを申し立てます。

あわせて、上記年度内に受診したがん検診について、すでに支払った自己負担金の還付を領収書を添えて請求します。

申請人 住 所 東京都世田谷区

氏 名

印

スタンプ印は使用不可。
金融機関登録印以外でも可。

生年月日 明治・大正・昭和・平成

年

月

日

電 話

還付決定された自己負担金については、下記の口座に振り込んでください。

金融機関	銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫						本店 支店・出張所
口座種別	普通・当座	口座番号					左詰め
口座名義人	フリガナ						
	氏 名						
還付請求額	_____円		複数の検診分の請求をする場合は合計金額を記入してください。 検診の領収書を添付してください。（のりづけはしないでください。）				

ゆうちょ銀行を振込先として指定する場合は、振込用口座番号（支店名3桁+口座番号7桁）が必要です。
振込用口座番号がご不明な方は、ゆうちょ銀行へお問い合わせください。

原則として、受診者本人名義の口座しか指定できません。受診者本人の口座が使用できない事情のある方は、
世田谷保健所健康推進課（電話 03-5432-2443）へご相談ください。

申 立 書

私は、区が私の住民税について非課税に該当の有無を確認することに同意します。

住 所	東京都世田谷区
受診者本人 氏名（署名）	
氏名（署名）	
氏名（署名）	
氏名（署名）	
氏名（署名）	

（領収書添付欄）

ホチキスカクリップで
留めてください。

（のりづけはしないで
ください。）

20歳以上の世帯員全員（受診者本人を含む）が自署してください。

署名が難しい場合（ゴム印で記名した場合等）は氏名の横に押印してください。
（スタンプ印は使用不可）