

※摩擦熱等の温度変化で筆跡が消えるボールペン、修正テープ、修正液は使用不可

令和 年 月 日

申立書 兼 がん検診自己負担金還付請求書

私は、\_\_\_\_\_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。

1 申請人

住 所 東京都世田谷区 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※この署名により、私の住民税について照会することに同意します。

生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※年度末年齢が20歳以上の同一世帯員がいる場合は下記2に全員分の署名が必要です。

2 住民税照会同意書

住民税照会同意書 署名欄			
私は、区が私の住民税について照会することに同意します。			
世帯員氏名 (署名)		世帯員氏名 (署名)	
世帯員氏名 (署名)		世帯員氏名 (署名)	

※がん検診を無料で受けるためには、世帯員全員が住民税非課税対象者であることを照会する必要があります。住民税の照会には本人の同意（署名）が必要です。

※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）

3 口座振替依頼書

審査の結果、自己負担金の還付が決定された場合は、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。）	

※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、世田谷保健所健康企画課（電話 03-5432-2447）へご相談ください。

職員 使用 欄	種別	胃(エックス線・内視鏡)・肺(エックス線・喀痰) 大腸・乳・子宮(頸部・体部)・ABC・前立腺・口腔
	確認結果	<input type="checkbox"/> 発行歴・(領収書・診療明細書) <input type="checkbox"/> 医療機関: _____ 担当: _____ 確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 還付決定金額: _____ 円 <input type="checkbox"/> 審査者: _____

(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。