

申立書 兼 がん検診自己負担金還付請求書

私は、**令和7**年度に世田谷区が実施するがん検診が無料となる対象（前年度住民税が全員非課税の世帯）にあわせて、上記年度内に受診したがん検診について、領収書を添えて請求します。

訂正する場合は、二重線で訂正してください。

1 申請人

住 所 東京都世田谷区 **世田谷4-24-1**ふりがな **せたがや たろう**氏 名 **世田谷 太郎**

※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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

電話番号 **03 (5432) 2447**

申請者が同一年度内に複数の検診を受けた場合は1枚の申請書でご申請いただけますが、2名の方が申請する場合には申請書を2枚ご提出ください。

※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)	世田谷 花子	世帯員氏名 (署名)	世田谷 一郎
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、世帯員全員が同意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

20歳以上（年度末年齢）のすべての世帯員の署名をお願いします。

※署名に漏れがあった場合、書類をご返送し、再度署名を依頼する必要があるため、お手続きに時間がかかってしまいますので、漏れのないようにお願いします。

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

金融機関	等々力 銀行・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫 世田谷 本店 支店・出張所								
口座種別	普通・当座	口座番号	1	1	1	1	1	1	※左詰め
口座名義人	フリガナ	セタガヤ タロウ							
	氏 名	世田谷 太郎							
還付請求額	〇〇〇 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	☐ 発行歴・(領収書・診療明細書)
		☐ 医療機関: _____ 担当: _____ 確認日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
		☐ 還付決定金額: _____ 円 ☐ 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。