

申立書 兼 がん検診自己負担金還付請求書

私は、令和6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）をあわせて、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

フリガナ セタガヤ タロウ

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 昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 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。

Table with 2 columns: 世帯員氏名(署名) and 世帯員氏名(署名). Entries include 世田谷 花子 and 世田谷 一郎.

※がん検診を無料で受けるためには、世帯員全員が必要あり、住民税の照会には本人の同意（署名）※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

Table for bank transfer request with columns for financial institution, account type, account number, and amount. Includes a note about multiple requests.

※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。

Table for medical confirmation with columns for medical type and confirmation results. Includes checkboxes for history, medical institution, amount, and reviewer.

(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。