

子宮頸がん・乳がん検診受診料償還払請求書

年 月 日

高 取 町 長 様

申請者 { 住所 : 氏名 : (受診者との続柄 : ) (印)

※同一世帯員以外の方が申請来所される場合は裏面の委任状が必要です。また、代理人の本人確認が必要です。

※申請者が受診者本人の場合は受診者住所、氏名を省略可

受診者 { 住所 : 高取町大字 氏名 : 生年月日 : 電話番号 :

受診医療機関名 :

請求金額 : 円

ただし、平成 年度分 あてはまる検診に○印をつけてください。

- ( ) 子宮頸がん検診 ( ) 乳がん検診

についての償還払いを請求します。

なお、上記請求金額を次の金融機関に振り込んでください。

Table with columns for bank type (銀行, 信用金庫, 農協), branch (本店, 支店, 出張所), account number (口座番号), and branch number (店舗番号). Includes a section for account type (種別) and account holder name (口座名義人).

※同一世帯員以外の方の口座に振り込みを希望される場合は裏面の委任状が必要です。

※請求できるのは、受診された年度の末日までです。

職員記入欄 (Staff Input Section) table with columns for confirmation type (代理人・本人確認欄, 代理権確認) and required documents (e.g., ① 個人カード, ② 通知カード).

## 委任状

年 月 日

高 取 町 長 様

私は、（【申請代理人氏名】）を代理人と定め、次の権限を委任する。  
がん検診受診料償還払金請求の申請に関すること。

私は、（【償還払金受領代理人氏名】）を代理人と定め、次の権限を委任する。  
がん検診受診料償還払金の受領に関すること。

受診者 住所：高取町大字  
氏名： (印)

申請代理人 住所：  
氏名： (印)  
(続柄 )

償還払金受領代理人 住所：  
氏名： (印)  
(続柄 )