

課長	係長	主査	係	決定 伺

がん検診無料クーポン券発行申請書

申請日をご記入ください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

嘉島町町民保険課長 様

このことについて、がん検診無料クーポン券を交付させていただきますよう申請します。

なお、がん検診無料クーポン券の重複利用や第三者への譲渡・転売、他市区町村で同様の事業における重複受診が確認された場合は、町の指導に従い本事業に関する損害等の費用は全額自己負担します。

対象者	本人	住所	嘉島町大字上島 530	生年月日	昭和・平成 58年 4月 2日
	氏名	ふりがな 氏名	かしま はなこ 嘉島 花子	電話番号	096-237-1111 日中連絡の取れる番号を ご記入ください。
検診の種類		子宮頸がん検診 ・ 乳がん検診		該当する項目に○をつけてください。 2つとも該当する場合は、両方に○をつけてください。	
申請理由		1. 転入のため新規申請 2. 紛失・破損等のため再発行 3. その他 ()		該当する番号に○をつけてください。 「3.その他」の場合は理由もご記入ください。	

(代理申請の場合はご記入ください)

申請者氏名

対象者との関係 ()

電話番号

<申請時に提出するもの>

がん検診無料クーポン券発行申請書

対象者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード 等)※原則対象者の氏名・住所が分かるもの

代理申請の場合) 申請者の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード 等)

※原則申請者の氏名・住所が分かるもの