（申請日）　　　　　年　　　　月　　　　日

直方市長　様

（申請者）住所

生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

 日中連絡のつく

　　　　　 　　　　　　　電話番号

がん検診無料クーポン券　再交付申請書

（　子宮頸　・　乳　）がん検診無料クーポン券（以下、クーポン券）の再交付をお願いします。また、次のことに同意します。

1. 今年度送付されたクーポン券は利用していません。
2. 紛失したクーポン券が見つかった場合、そのクーポン券を利用することはありません。
3. 万が一、利用したことが判明した場合、費用全額を支払います。

〈再交付対象者〉 □申請者と同じ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 再交付の理由 | □紛失　　　　　　□転入（　　　　　　　　　　　　より）□その他（ 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

〈対応者記入欄〉

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者確認書類 | □運転免許証　　　　□健康保険証　　□パスポート□マイナンバーカード（番号控え不要）□その他（　　　　 　　　） |
|
| 記号番号 |  |

|  |
| --- |
| □申請情報と健康かるての情報一致　　　　　　　　□住登者□対象年齢□クーポン利用歴なし□転入者の場合、転入元の自治体にクーポン利用歴がないか確認 |

〈担当者確認欄〉