

(様式第1号)

尼崎市新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業無料クーポン券交付申請書

尼崎市長 様

下記のとおり、無料クーポン券等の交付を申請します。また、尼崎市が申請書の内容及び申請者等の要件を確認するため、必要に応じて市が保有する個人情報を見ることが及び調査すること、並びに関係機関が照会することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名 : _____

住所 : 〒 _____

尼崎市 _____

電話 : _____

生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳	男・女
無料 クーポン券 種類	<男性(40歳)> <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 (胃エックス線検査) <input type="checkbox"/> 肺がん検診(胸部検診) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	<女性(20歳)> <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ----- <女性(40歳)> <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診(胃エックス線検査) <input type="checkbox"/> 肺がん検診(胸部検診) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診
	交付申請理由 <input type="checkbox"/> 尼崎市に転入したため 転入日: 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無料クーポン券を(破損・亡失)したため <input type="checkbox"/> その他()	

申請書送付先: 〒660-0052 尼崎市七松町1丁目3番1-502号 尼崎市保健所
健康支援推進担当(電話: 06-4869-3033 FAX: 06-4869-3049)

<市処理欄>

受付印

申請方法
窓口 ・ 郵送 ・ FAX ・ その他()

令和 年 月 日	課長	係長	係
<input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません			