

がん検診・肝炎ウイルス検診無料クーポン券（再）交付申請書

令和 年 月 日

各務原市長

申請者 住所 各務原市
(本人又は代理人)
氏名 (続柄)
電話番号 - -

令和 7 年度がん検診・肝炎ウイルス検診無料クーポン券の対象者ですが、紛失等のため、無料クーポン券の（再）交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

ふりがな	
対象者氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)
住所	各務原市
電話番号	- -
(再) 交付希望の クーポン券	1. 子宮頸がん検診無料クーポン券 2. 乳がん検診無料クーポン券 3. 肝炎ウイルス検診無料クーポン券
(再) 交付理由	1. 転入 ・ 以前の都道府県及び市町村 【 年 月 日に 都道府県 市町村より転入】 ・ 転入前の市町村での令和 7 年度クーポン券使用の有無 【 無 ・ 有 】 2. 滅失 または 紛失 なお、上記 1. 2. の理由に対し、市が必要な調査を行うことに同意します。

※市確認欄	1. 無料クーポン対象該当の有無 有 無 2. 今年度の検診受診の有無 未受診 受診済 (令和 年 月 日)
	備考：

※市確認欄	起 案	年 月 日			決 裁	年 月 日		
	上記の申請について、次のとおり決定してよろしいか。							
	承 認	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係員	起案者
	適・否	専 決	専 決					