

川崎市 市長 様

川崎市がん検診推進事業無料クーポン券再交付等申請書

次のとおり、川崎市がん検診推進事業無料クーポン券の再交付（交付）を申請します。

（太枠内を御記入ください）

*申請者は、無料クーポン券の交付対象者本人に限ります。

申請年月日	令和 年 月 日
ふりがな 申請者（対象者）	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 （ 歳）
住所	〒 - 区
電話番号	()
申請の理由 該当する理由に○をつけてください	1 紛失したため 2 他自治体から転入したため 3 氏名及び住所が変更したため （旧氏名 旧住所) 4 その他 ()
クーポンの種類	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診

*交付には2週間程度の期間がかかります。受診日までの期間を考慮の上、余裕をもって御申請ください。

本人確認書類	1 運転免許証	申請書受理日
	2 健康保険証	
3 その他 ()		

※この申請書は御記入後、各区地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）地域支援課又は各地区健康福祉ステーション地区支援担当の窓口へ御提出ください。その際には、上記の本人確認書類を御用意ください。

【郵送により申請される場合には、必ず次の事項に同意する旨署名の上、上記の本人確認書類1又は2を同封してください。】

郵送先 210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
川崎市健康福祉局保健所健康増進課疾病予防担当 宛

この交付申請に当たり、川崎市市長が交付の決定に関して必要な個人情報を閲覧し、確認することを承諾します。また、交付の適正を図るために必要な場合は、他の市区町村に情報の照会、提供をすること及び医療機関に照会することに同意します。

氏名（署名） _____ 住所 _____