第１号様式

川 崎 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	□　子宮がん検診　　□　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 ２　健康保険証 ３　その他（　　）

申請書受理日

※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）地域支援課の窓口へ御提出するか、市のホームページからオンラインで申請してください。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医療政策部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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿