

令和 年 月 日

平内町長 殿

平内町大腸がん検診無料クーポン券再交付申請

下記のとおり大腸がん検診無料クーポン券の再交付を申請します。
なお、平内町が、がん検診台帳等で交付要件を確認することに同意します。

(ふりがな) 申請者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 平内町大字 電話		
再交付の理由	1. 紛失 2. 転入(転入年月日 年 月 日)		
申請者代理 提 出 者	氏 名 生年月日 住 所 〒 電 話		

(注意) 紛失した無料クーポン券を発見した時は、必ず返納して下さい。万が一、今年度内に 2 回以上の受診が確認された場合は、2 回目以降は全額ご負担していただきます。