

申請年月日を記入して下さい。

令和 8 年 8 月 10 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。

対象（申請）者の
氏名・生
年月日・
住所等を
記入して
下さい。

再交付理
由を○、
で囲んで
下さい。

(ふりがな) 申請者氏名	ひらない たろう 平内 太郎	生年月日	昭和40年 4 月 2日 (61 歳)
住 所	〒039-3321 平内町大字 小湊字小湊63番地 電話 017-755-2111		
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 平内 花子 生年月日 昭和56年 5 月 1日 住 所 〒039-3321 平内町大字小湊字小湊63番地 電 話 017-755-2111		

対象者本人で
はなく、代理
の方が申請し
た場合に記入
して下さい。

(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。