

申請年月日を記入して下さい。

令和 8 年 7 月 26 日

平内町長 殿

平内町(子宮頸がん検診・乳がん検診) 無料クーポン券再交付申請

対象となる検診項目を○で囲んでください。

下記のとおり(子宮頸がん検診・乳がん検診)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 はなこ 平 内 花 子	生年月日	昭和 6 0 年 4 月 2 日 (4 1 歳)
住 所	〒 0 3 9 - 3 3 2 1 平内町大字 小湊字小湊 6 3 番地 電話 0 1 7 - 7 5 5 - 2 1 1 1		
再交付の理由	1. 紛失 2. 転入(転入年月日 年 月 日) 3. その他 ()		
申請者代理 提 出 者	氏 名 平 内 太 郎 生年月日 昭和 5 6 年 5 月 1 日 住 所 〒 0 3 9 - 3 3 2 1 平内町大字小湊字小湊 6 3 番地 電 話 0 1 7 - 7 1 8 - 0 0 1 9		

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。