**がん検診無料クーポン券再交付申請書**

クーポン

令和　　　年　　　月　　　日

みやこ町長　様

（申請者）住　　所

　　　　　氏　　名

生年月日　　昭和 ・ 平成　　　　年　　　月　　　日

　　　　　電話番号

　下記のとおりがん検診無料クーポン券の再交付を申請します。

　なお、紛失等により失ったがん検診無料クーポン券を発見したときは、そのクーポン券を直ちに返納することを誓約します。

　また、**クーポン券対象のがん検診を有効期限内に２回以上受診した場合は、２回目以降の受診費用は、全額自己負担**することを承諾します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 再発行を受ける者（申請者と異なる場合のみ記入） | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 申請者との続柄 |  |
| 住所 | 　みやこ町 |
| 生年月日 | 　昭和 ・ 平成　　　　　年　　　月　　　日 |
| 再発行するクーポンの種類（該当するものに○） |
| 乳がん |  | 子宮頸がん |  |

※以下は記入しないでください。（担当課で記入）

【本人確認書類】（※確認した書類を〇で囲む。）

　①１種類で確認（顔写真付きの本人確認書類を持っている場合）

免許証　　マイナンバーカード（通知カード不可）　　パスポート　　その他（　　　　　　　）

　②2種類で確認（顔写真付きの本人確認書類を持っていない場合）

　　　健康保険証　　年金手帳　　介護保険証　　その他（　　　　　　　　　　　　　）