

様式第 1 号（第 4、第 5 関係）

年 月 日

（申請先） 茨 木 市 長

茨木市がん検診推進事業クーポン券（再）交付申請書

茨木市がん検診推進事業クーポン券の（再）交付を次のとおり申請します。

申請者 （受診者）	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名	⑩ ※自署の場合は押印不要	年 月 日（ 歳）
	住 所	〒 ー 茨木市 電話番号 （ ）	
クーポン券の種類		☐ 乳がん検診 ☐ 子宮がん検診	
申 請 理 由	☐ 転入 前住所 〒 ー （ ）		
	☐ 破損 ☐ 紛失		

〔同意〕

茨木市がん検診推進事業クーポン券の（再）交付審査のために必要があるときは、私の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者 ⑩

※自署の場合は押印不要

記 茨 入 木 欄 市		本人確認及び住民登録確認		確 認	受 付
		がん検診受診歴確認			
		書類確認			
		その他（ ）			