（窓口用）

令和6年　　月　　日

令和6年度　前立腺がん検診無料受診券交付申請書

苅田町長　殿

（申請者）

住所 苅田町＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の事項に同意の上、前立腺がん検診無料受診券交付の申請をします。

①世帯の構成、課税状況を確認することについて同意します。
②世帯の構成、課税状況が確認できない場合は、関係書類を提出します。
※世帯員に課税者がいる場合は申請できませんので、ご留意願います。

記

※世帯全員をご記入下さい。（申請日時点のもの）

受診者	氏　　名	続柄	生 年 月 日	性別
		世帯主	明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女
			明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女
			明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女
			明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女
			明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女
			明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女
			明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女
			明・大・昭 平・令　　.　　.	男 ・ 女

※必ず申請者本人の確認ができる書類を持参してください。

本人確認書類 （受付者記入欄）
□　マイナンバーカード
□　運転免許証
□　健康保険証

【問い合わせ先】
〒800-0392
福岡県京都郡苅田町富久町1丁目19-1
苅田町　子育て・健康課　健康サポート担当
TEL：093-588-1235（直通）