

(窓口用)

令和 年 月 日

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	年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女
			年 月 日	男・女

※必ず申請者の本人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)
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> その他()

【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 保険健康課 健康サポート担当

Tel: 093-588-1235(直通)