

(郵送用)

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 宛

(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

※世帯全員を記入し、受診者は受診者欄に○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

※郵送で請求できるのは、本人あるいは同一世帯の方に限ります。

※以下を同封の上、ご郵送ください。

- (1)本人(受診者)確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)の写し
(2)返信用封筒(必ず切手を貼ってください)

キ リ ト リ

【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)

〒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