

交付番号 \_\_\_\_\_

がん検診推進事業無料クーポン券交付(再交付)申請書

令和 年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 住所 瀬戸市 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( ) \_\_\_\_\_  
電話 ( ) \_\_\_\_\_

下記の理由により、がん検診推進事業無料クーポン券を交付(再交付)してください。  
なお、今年度は該当するがん検診は、未受診です。

記

対象者 住所 瀬戸市 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 昭和・平成 年 月 日

種類 ・乳がん検診無料クーポン券  
・子宮頸がん検診無料クーポン券

理由 1. 転入(平成・令和 年 月 日 より転入)  
2. 紛失  
3. その他( )

<注意>

- (1) 転入により、がん検診無料クーポン券の交付申請をする場合は、前住所地で交付されたがん検診無料クーポン券を添付すること。
- (2) がん検診無料クーポン券を汚損などのために再交付申請をする場合は、破れたり汚れたりした無料クーポン券を添付すること。
- (3) がん検診無料クーポン券の再交付後において、失くしたがん検診無料クーポン券を発見した場合には必ず返納すること。