がん検診対象者証明書交付申請書

令和　　年　　月　　日

四條畷市長　　宛

申請者　氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者との続柄　　□本人　□同居の家族
□その他（　　）

下記のとおり対象者証明書の発行を申請します。

受診される方	ふりがな		
	氏名	□申請者と同じ	
	住所	□申請者と同じ	
	生年月日	平成 ・ 昭和　　年　　月　　日（満　　歳）	
電話番号		（　　）	
希望するがん検診		□子宮頸がん検診 □乳がん検診	
無料受診券申請		□身体障害者手帳１・２級　□精神保健福祉手帳１級 □療育手帳Ａ　□生活保護世帯	

＜注意事項＞下記について確認の上、☑ をお願いします。

□受診は医療機関での個別検診のみ可能です。

□自覚症状のある方はがん検診の対象ではありません。(受診の上、医師の診察を受けてください)

□年度内に重複受診された場合は、全額実費負担となります。

□次年度以降は、市の定める検診対象年度での受診をしてください。

□証明書交付対象の審査のため、受診歴の確認をさせていただきます。

□証明書の有効期限は３か月です。

【受付記入欄】

受診歴 （前年度受診歴ある人は対象外）	□子宮頸がん検診（　　年　　月　　日） □乳がん検診　（　　年　　月　　日）
本人確認	□済　（□運転免許証　□保険証　□マイナンバーカード） ※代理人が申請する場合は、代理人の本人確認書類も確認
交付方法	□窓口　□郵送(　　年　　月　　日)