

乳がん・子宮頸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 ふりがな 氏名 _____

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	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	
無料受診券申請	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A <input type="checkbox"/> 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。(早いうちに、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。

証明書の有効期限は、発行日から3ヶ月です。有効期限内に受診してください。

【受付記入欄】

令和6年度に受診歴ありの場合：過去に対象者証明書で受診したか確認し、
次回からは本来の対象年度での受診を説明してください。

受診歴 (前年度に受診歴がある人は対象外)	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (年 月 日)
本人確認	<input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(年 月 日)