

がん検診・成人歯科健診等無料受診券申請書

令和 年 月 日

課税状況を調査されることに同意し、がん検診等無料受診券の発行を申請します。

ふりがな		男	生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名		女	電話番号	() 歳
住所	交野市		受診医療機関	
区分	非課税世帯		予約日	令和 年 月 日
受診項目	<input type="checkbox"/> 胃がん(バリウム)検診	<input type="checkbox"/> 胃がん(内視鏡)検診	<input type="checkbox"/> 胃リスク検診	
	<input type="checkbox"/> 肺がん検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診	
	<input type="checkbox"/> 成人歯科健診			

発行者記入欄 (発行者:)	住民確認	<input type="checkbox"/> 済み
	代理人発行	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 代理人身分証のコピー)
	履歴確認	<input type="checkbox"/> 済み (<input type="checkbox"/> 履歴無し <input type="checkbox"/> 履歴有り (項目:))
	非課税世帯確認	<input type="checkbox"/> 済み