

## 乳がん検診受診券(圧着はがき)再交付申請書

|               |  |
|---------------|--|
| 申 請 日         | 年 月 日  |
| フ リ ガ ナ       |  |
| 氏 名           |  |
| 生 年 月 日       | 年 月 日  |
| 住 所           | 播磨町  |
| 電 話 番 号       | — —  |
| 交 付 理 由       | 1. 転入してきたため<br>2. 紛失したため<br>3. 汚損したため<br>4. その他 ( )  |
| 旧 受 診 券 の 返 却 | 有 ・ 無<br>(※返却理由が3の場合は添付してください)                       |
| 同 意 事 項       | <input type="checkbox"/> 播磨町から発行された受診券を利用したことはありません。 |

注意) 太ワク内のみ記入してください。

### 【処理欄】

|                                    |   |     |   |
|------------------------------------|---|-----|---|
| 確認書類<br><small>(※確認したものに○)</small> | 運転免許証・マイナンバーカード<br>その他 ( )  |     |   |
| 確認事項                               | <input type="checkbox"/> 送付履歴<br><input type="checkbox"/> 今年度の受診履歴<br><input type="checkbox"/> 前年度の受診履歴 |     |   |
| 転入日                                | 年   | 月   | 日 |
| 発行者                                |   | 確認者 |   |

# 委任状

播磨町長 様

令和 年 月 日作成

委任者 (頼んだ人)

住所 播磨町

氏名

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

日中つながる連絡先 ( ) -

下記の者を私の代理人と定め、乳がん検診受診券(圧着はがき)再交付に関する権限を委任します。

代理人 (頼まれた人)

住所

氏名

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日

## 【注意】

※窓口で、代理の方の本人確認をさせていただきます。本人確認書類(運転免許証など)をお持ちください。

※上記内容は、委任者本人が代理人欄も含めてすべて記入してください。