

別記様式第 2 号（第 9 条関係）

がん検診無料クーポン券交付申請書
(木津川市外からの転入による交付)

年 月 日

木津川市長 宛て

申請者	住 所	木津川市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	

木津川市外から転入をしましたので、がん検診無料クーポン券の交付を申請します。

交付のクーポン券	1. 子宮頸がん 2. 乳がん
----------	----------------------

木津川市内に住所 を定めた日	年 月 日
-------------------	-------

交付申請を行うにあたり、木津川市の住民基本台帳に記録があることを確認されることに同意します。

申請者署名	
-------	--

※ 太枠内を記載してください。