

人間ドック・脳ドック助成決定通知書再交付申込書

年 月 日

(あて先) 大東市長

(申込者) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

下記の決定通知書を (紛失 ・ 破損 ・ 期限切れ) しましたので、再発行してください。

再発行を希望する決定通知書

	人間ドック助成決定通知書
	脳ドック助成決定通知書

同 意 欄

- 紛失した決定通知書が見つかった場合は、必ず大東市地域保健課に返却します。
- 他人への譲渡はしません。
- 二重受診時は受診費用を全額自己負担します。

私は上記について同意しました。

氏名 _____ 住 所 _____
(本人自署) ふりがな

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

※郵送の場合は、切手を貼った返信用封筒を同封してください。