

# 和光市 HPV 検査単独法特例受診申請書

年 月 日

(宛先) 和光市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
フリガナ 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

受診者	住所	
	フリガナ 氏名	
	生年月日	
	電話	
申請理由	<input type="checkbox"/> ①長期入院等継続的な体調不良であった。	
	<input type="checkbox"/> ②里帰り出産により市外在住であった。	
	<input type="checkbox"/> ③介護等で長期間市外在住であった。	
	<input type="checkbox"/> ④その他 ( ) ※昨年度の市 HPV 検査単独法検査対象年齢の人が申請可。	

## 【提出書類】

- ①該当者：請求書・入院証明等医療機関から受理した書類
- ②該当者：母子手帳の写し
- ③該当者：在宅居宅の住所、被介護者の氏名・続柄等の分かる書類
- ④該当者：本人確認書類等