

令和 7 年度（2025 年度）

乳がん検診特例受診券交付申請書

令和 年 月 日

（あて先）枚 方 市 長

私は、対象年度（定期）以外に枚方市が実施する乳がん検診を受診するために、特例受診券（検診料 1,000 円）の交付を申請します。

受診者	フリガナ		生年月日	大正 昭和		年齢	
	氏名			年	月	日	歳
	※ 対 象 年 齢				4 0 歳 以 上		
住所	〒 573 - 枚方市			電話番号			
乳がん検診 受診歴の有無	今までに枚方市の乳がん検診を受けたことがありますか。 ない・ある 【ある場合】（ ）年（ ）月						
検診料金免除 対象者の確認	※受診日時点で該当している必要があります 生活保護受給者、市民税非課税世帯、中国残留邦人等支援給付者に該当し、 無料受診券申請の対象者でしょうか。 はい （別途「がん検診等無料受診券交付申請書兼同意書申請」が必要） いいえ						
申請者	フリガナ				※受診者と申請者が同じ場合は、 申請者欄の記入は不要です。		
	氏名	（続柄 ）					
住所	〒 573 - 枚方市			電話番号			

特例受診の対象者 次の①および②に該当する人

- ① 40 歳以上（受診日時点で）の女性で、令和 7 年 4 月 1 日時点の年齢が奇数年齢の人。
- ② 前年度に市の乳がん検診の受診歴がない人。

注意事項

- ・年度（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日）に 2 回以上受けることはできません。
- ・検診料 1,000 円は受診時、医療機関にお支払いください。
- ・乳房に、しこり・痛み等の自覚症状がある場合は、検診ではなく専門医療機関（乳腺外科・乳腺外来のある医療機関）等で保険診療を受けてください。