

令和8年度女性のがん検診受診応援事業 申請書

※濃いボールペンではっきりと記載してください。2ページ目もご記入、ご提出ください。

東京都知事 殿

別紙の同意事項に同意のうえ、関係書類を添えて以下のとおり申請します。

同意日・申請書記入日：令和____年____月____日

1 申請者情報			
	姓	名	生年月日（西暦）
フリガナ			____年____月____日
漢字			電話番号
			() -
住所	〒 - ※現在、東京都以外に在住の方は検診受診時点の東京都住所を記入してください。 東京都		

2 検診情報			
申請する検診の種類 いずれかに✓	☐ 子宮頸がん検診 ※令和9年3月31日時点で20歳以上が申請対象です。		☐ 乳がん検診 ※令和9年3月31日時点で40歳以上が申請対象です。
検診受診日（西暦）	____年____月____日	※2026年4月1日以降に受診された検診が対象です。	
検診の分類 いずれかに✓	☐ 区市町村が 実施する住民検診	☐ 事業者や保険者が 実施する職域検診	☐ その他のがん検診 (個人が任意に受ける検診)

3 添付書類 ※添付書類はA4でコピーのうえ、ホチキス留やを貼り付けをせず申請書と同封してください。	
① 本人確認書類の写し（コピー） 「氏名」「生年月日」「住所（東京都内であること）」が確認できるマイナンバーカード、運転免許証、在留カード等 ※マイナンバーカードは表面のみをご提出ください。個人番号が記載されている裏面は提出しないでください。 ※現在、東京都以外に在住で本人確認書類と検診受診時点の住所が異なる方は、「受診時点の住所（東京都内であること）」と「転居日」がわかる書類を添付してください（運転免許証の裏面等）。	
② 検診結果通知等の写し（コピー） 「氏名」「検診受診日」「申請する検診の種類」が確認できる検診結果通知、マイナポータルから発行できる検診結果情報等 ※上記の項目が複数ページに分かれて記載されている場合はそれぞれのページも添付してください。 ※検査結果や所見コメント等はマスキングして添付していただいてもかまいません。	

■申請内容と添付書類に間違いがないかご確認の上、チェックを入れてください。

- ☐ 姓・名は、本人確認書類の記載と一致している
- ☐ 住所は、本人確認書類の記載と一致しており東京都内である
- ☐ 生年月日は、本人確認書類の記載と一致している
- ☐ 検診の種類は、検診結果通知等の記載と一致している
- ☐ 検診受診日は、検診結果通知等の記載と一致している

2ページ目もご記入、ご提出ください。

4 アンケート

1. 今回申請した検診（子宮頸がん検診または乳がん検診）について、これまでの受診状況を教えてください。（あてはまるものにチェック）
- | | |
|---|--|
| ☐ 毎年受診している | ☐ 2年に1回、受けていた |
| ☐ 間隔が3年以上あくことが、よくあった | ☐ 間隔が3年以上あくことが、たまにあった |
| ☐ これまでは受けたことがなかった | ☐ これまでは検診の対象年齢でなかった |
2. 今回、受診したきっかけは何ですか。（あてはまるものすべてにチェック）
- | | |
|---|--|
| ☐ 職場で受診を勧められたから | ☐ 区市町村から受診を勧められたから |
| ☐ かかりつけ医から受診を勧められたから | ☐ 家族や知人から受診を勧められたから |
| ☐ がんの早期発見のために必要だから | ☐ 健康関連グッズ等がもらえるから |
| ☐ その他（ | ） |
3. 今回、受診したきっかけとして、もっとも当てはまるものは何ですか。
（あてはまるものにチェック）
- | | |
|---|--|
| ☐ 職場で受診を勧められたから | ☐ 区市町村から受診を勧められたから |
| ☐ かかりつけ医から受診を勧められたから | ☐ 家族や知人から受診を勧められたから |
| ☐ がんの早期発見のために必要だから | ☐ 健康関連グッズ等がもらえるから |
| ☐ その他（ | ） |
4. この事業を何で知りましたか（あてはまるものにチェック）
- | | |
|---|---|
| ☐ 東京都HP、ポータルサイト「TOKYO#女子けんこう部」、とうきょう健康ステーション | |
| ☐ 東京アプリ | |
| ☐ 動画広告（YouTube） | |
| ☐ WEB広告（LINE、Instagram、Yahoo!、Google） | そ |
| ☐ SNS（X等） | |
| ☐ チラシ、ポスター | |
| ☐ 東京都の発行物（「広報東京都」、各キャンペーンの啓発物等） | |
| ☐ 区市町村の発行物（広報誌、がん検診案内等） | |
| ☐ 新聞記事、WEB記事 | |
| ☐ テレビ、ラジオ | |
| ☐ 職場や保険組合からのお知らせ（メルマガ等） | |
| ☐ 家族、友人等からの口コミ | |
| ☐ その他（ | ） |
5. 検診に関して要望することはありますか。（あてはまるものすべてにチェック）
- | | |
|--|---|
| ☐ 夜間に受診できるようにしてほしい | |
| ☐ 休日に受診できるようにしてほしい | |
| ☐ 自宅の近くで受診できるようにしてほしい | |
| ☐ 職場の近くで受診できるようにしてほしい | |
| ☐ 検査の苦痛（心理的苦痛を含む）を軽減してほしい | |
| ☐ 費用を軽減してほしい | |
| ☐ その他（ | ） |

通知書等送付先 ※転居、婚姻等により1 申請者情報と通知書等の宛先が異なる場合のみご記入ください。

住所	〒 -											
氏名	氏						名					

同意事項

（個人情報の利用）

東京都は、本事業の実施に当たって、申請者から個人情報（氏名、生年月日、電話番号、Eメールアドレス、郵便番号、住所、検診受診情報等、特定の個人を識別することができる情報（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）を言う。以下同じ。）を取得し、本事業の申請内容の確認、申請者等への連絡・通知、グッズ等の提供、申請者本人からの問合せへの対応、事業効果検証、今後の施策立案その他本事業の実施に必要な範囲で利用する。申請者は、本同意事項に同意して申請することにより、検診受診情報等の要配慮個人情報を含む上記個人情報の取得及び利用に同意するものとする。

（個人情報の提供）

東京都は、本事業の実施に必要な範囲において、本事業の委託事業者（再委託事業者を含む。以下、「委託事業者等」と言う。）へ申請者の個人情報を提供し、取り扱わせる。委託事業者等が変更となる場合、新たな委託事業者等に申請者の個人情報が引き継がれる。

また、統計分析、今後の施策立案等のため、特定の個人を識別すること及び他の情報と照合することにより特定の個人を再識別することができないよう加工した上で、他の地方公共団体その他関係機関へ提供する場合がある。

（不正申請への対応）

申請者は、本事業の要件を満たすことを確認した上で、事実と相違ない内容で申請する。虚偽その他不正な手段による申請が判明した場合又は東京都が本事業の対象者として不適切と判断した場合、申請者に対して事前通知又は催告をすることなく、直ちに本事業の利用を停止することができる。加えて、グッズ等を既に受領している場合、申請者は、その返還その他必要な措置を受けることに異議なく応じるものとする。併せて、東京都は、これにより被った損失、損害、費用等の賠償を申請者に対し請求できるものとする。

（反社会的勢力の排除）

申請者は、次の各号のいずれにも該当しないこと、かつ将来に渡っても該当しないことを東京都に対して誓約する。

（１）暴力団員、暴力団準構成員及び暴力団関係企業の従業員並びにその関係者

（２）その他前号に準ずる者

東京都は、申請者が前項に定める事項に該当した場合又は該当している恐れがあると判断した場合は、申請者に対して事前通知又は催告をすることなく、直ちに本事業の利用を停止することができる。加えて、グッズ等を既に受領している場合、申請者は、その返還その他必要な措置を受けることに異議なく応じるものとする。併せて、東京都は、これにより被った損失、損害、費用等の賠償を申請者に対し請求できるものとする。

（免責）

東京都は、本事業に関連して発生した申請者と第三者との間に生じるトラブル、損害等について、東京都又は委託事業者等の責めに帰すべき事由により生じた場合を除き、一切の責任を負わない。

（換金・現金化の禁止）

本事業のグッズ等カタログは、現金に換金することを禁止する。これに違反する事実が判明した場合の措置については、（不正申請への対応）の規定を準用する。

（同意事項の変更）

東京都は、本同意事項を変更することができるものとする。

本同意事項を変更する場合、東京都は申請者に対して、ホームページ上にて変更内容を告知するものとする。

提出先

点線で切り取り、封筒に貼り付けて郵送先宛名としてご利用ください。

— — — — — キリトリ — — — — —

〒981-3291

日本郵便株式会社 泉西郵便局郵便私書箱第25号（TP内）

女性のがん検診受診応援事業事務局 申請係