

別記様式（第10条関係）

健診自己負担金免除申請書

申請日 年 月 日

長久手市長あて

長久手市成人健診事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり自己負担金の免除を受けたいので申請します。

なお、申請事由にかかる要件（課税状況及び同一世帯員等）の調査については、成人健診事業担当課職員に委任します。

申請者氏名		電話 番号	
住所	〒 長久手市		
生年月日	年 月 日		
受診予定の 健診	1 がん検診 (肺、胃、大腸、子宮、乳、前立腺、肝炎ウイルス) 2 歯周病検診 3 39歳以下健診 4 その他 ( )		
受診予定日	年 月 日		
申請事由	市町村民税非課税世帯		
同一世帯員の 氏名	氏名_____ 氏名_____ 氏名_____ 氏名_____		

宛名番号

本人確認ができる身分証明書の確認

上記申請事由に	該当する	確認日： 年 月 日
	該当しない 理由：	