

別記様式（第4条関係）

検診自己負担金免除申請書

申請日 年 月 日

長久手市長あて

長久手市健康増進法に基づく検診等費用徴収要綱第4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、健康推進課職員に委任します。

申請者氏名		電話番号	
住所	〒 宛名番号 長久手市		
生年月日	年 月 日		
検診の種類 (受診予定の すべての番号 に○を付けて ください)	1 肺がん検診 2 胃がん検診 3 大腸がん検診 4 喀痰検診 5 前立腺がん検診	6 肝炎ウイルス検診 7 子宮頸がん検診（体がん含む） 8 乳がん検診 9 歯周病検診 10 39歳以下健診	
受診予定日	年 月 日		
申請事由	1 生活保護世帯	2 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_____	

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：	