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： |