

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 胸部検診 2 胃検診 3 大腸検診 4 喀痰検診 5 前立腺がん検診 | 6 肝炎ウイルス検診 7 子宮検診 8 乳腺検診 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： | |