

別記

様式第1号（その1）（第4条関係）

集団特定健診同時実施分以外  
（委託医療機関・集団検診バス）

令和 年 月 日

栗東市長 様

申請者 住所 栗東市

氏名(署名又は記名押印) ⑩

生年月日 年 月 日生 ( 歳)

電話番号

代筆者 住所 栗東市

氏名(署名又は記名押印) ⑩

生年月日 年 月 日生

電話番号

続柄

健康診査受診料免除申請書

次のとおり健康診査の受診料を免除されたく、栗東市健康診査受診料徴収規則第4条第2項および第3項の規定により、申請します。なお、健康診査受診料免除の決定にあたり、栗東市関係職員が私の世帯に係る税務関係資料等を閲覧すること及び生活保護受給状況について照会することを承諾します。

記

1 受診料の免除を希望する健康診査（該当するものに○をつけてください。）				
希望項目	健康診査の種類	受診料	受診日	受診医療機関
	メタボ予防健診	1,800円	年 月 日	
	肝炎ウイルス検診（B型肝炎・C型肝炎）	1,000円	年 月 日	
	肝炎ウイルス検診（B型肝炎のみ）	550円		
	肝炎ウイルス検診（C型肝炎のみ）	850円		
	肺がん・結核検診	700円	年 月 日	・なごやかセンター ・コミセン( ) ・済生会
	胃がん検診（バリウムによる胃部エックス線検査）	900円	年 月 日	・なごやかセンター ・コミセン( )
	胃がん検診 （胃内視鏡検査：50歳以上）	3,100円	年 月 日	
	子宮頸がん検診	1,500円	年 月 日	
	乳がん検診（40歳以上49歳以下）	1,900円	年 月 日	
	乳がん検診（50歳以上）	1,400円		
	大腸がん検診	500円	年 月 日	
2 免除を希望する健康診査の額 _____円				
3 免除理由 ( ) 生活保護法により保護を受けている世帯に属する者 ( ) 住民税非課税世帯又は免除世帯に属する者 ( ) その他市長が特に必要と認める者				
備考 免除事由が、税務関係資料等により確認できない場合には、栗東市健康診査受診料徴収規則第4条第2項第1号第2号および第3項第1号第2号に該当することを証する書面を添付すること。				

受付者