

別記

様式第1号(その2)(第4条関係)

(集団特定健診同時実施分)

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) _____ (印)

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) _____ (印)

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	受診会場
	肺がん検診	400円	年 月 日	なごやかセンター
	肺がん検診 (喀痰細胞診)	300円		
	胃がん検診 (胃部エックス線検査)	1,100円	年 月 日	なごやかセンター
	子宮頸がん検診	1,500円	年 月 日	なごやかセンター
	乳がん検診 (40歳以上49歳以下)	1,300円	年 月 日	なごやかセンター
	乳がん検診 (50歳以上)	1,200円		
	大腸がん検診	200円	年 月 日	・なごやかセンター ・栗東市商工会 (ウイングプラザ)
2 免除を希望する受診料の額 _____ 円				
3 免除事由 栗東市健康診査受診料徴収規則第4条第2項第 _____ 号該当				
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号又は第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