

受診者負担金免除申請書

令和 年 月 日

(宛先) 佐倉市長

佐倉市特定健康診査及び健康診査等の受診者に係る費用の負担に関する規則第6条第1項の規定により、受診者に係る負担金の免除を申請します。

フリガナ	サクラ ハナコ
申請者氏名	佐倉 花子 (印)
住所	〒285-0825 佐倉市 江原台2-27
生年月日	昭和33年 5月 10日生 (65歳)
電話番号	(043) 485-6711

免除を受けようとする理由	1 生活保護法第6条第1項の規定により保護を受けている世帯に属する。 2 市民税の非課税世帯に属する。(裏面をご覧ください。)
--------------	--

健康診査等の種別	特定健康診査・健康診査	胸部レントゲン検診	胃がん検診	大腸がん検診	子宮頸がん検診
免除を受けようとする種別に○を記入	○	○	○	○	○
健康診査等の種別	乳がん検診	骨粗しょう症検診	成人歯科健康診査	肝炎ウイルス検診	前立腺がん検診
免除を受けようとする種別に○を記入	裏面の注意事項をご確認ください	○			

次の欄は、免除を受けようとする理由で2を選択した場合に記入してください。

区分	同意内容	氏名
※申請者の世帯員	健康診査等利用者負担金免除申請に当たり、私の住民登録資料、税務資料その他について佐倉市が公簿により確認することに同意します。	佐倉 太郎 (印)
		佐倉 志津江 (印)

※18歳以上の世帯員のかた全員の記名をお願いします。
(18歳未満で所得のあるかたについては記名をお願いします。)
※一人世帯の方は記入不要。

- ※ 申請書は、1名につき1枚ずつ記入してください。
- ※ 記入後は、健康管理センター、西部保健センター、南部保健センターの窓口へ提出してください。または、下記へ郵送してください。

〒285-0825 江原台2-27 健康推進課 健診班

1. 『市民税の非課税世帯に属する』場合とは

住民票に記載されているご家族全員が、市民税の課税がされていない場合に『市民税の非課税世帯に属する』に該当します。

ご家族の中にお一人でも、お勤めされていることなどにより、市民税の課税がされている方がいる場合には、申請されたご本人が市民税の課税がされていなくても『市民税の非課税世帯に属する』ことにはなりません。ご注意ください。

2. 乳がん検診について

無料クーポン券対象者で、クーポン券を利用せず、個別検診（超音波検診）を受診する場合には、「個別○」と希望してください。