

様式第1号

健康推進課長	健診班長

		備考欄

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 申請者氏名	
住 所	〒285- 佐倉市
生年月日	年 月 日生 (歳)
電話番号	() -

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。
--------------	--

※免除を受けようとする理由は、必ず番号に丸をしてください。

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					

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。	①
		②
		③
		④

收受印