

令和6年度がん検診等自己負担金免除申請書

がん検診等の自己負担金免除決定のために必要な町(府)民税の課税状況及び生活保護について、関係当局に報告を求めることに同意します。

記入見本

太枠内をご記入ください。それ以外は記入しないでください。

※郵送の場合は本人署名と押印をお願いします。

申請日	令和 6 年 6 月 1日			申請者	・本人 ・家族 ・代理人()
ふりがな	くみやま はなこ				
申請者氏名	久御山 花子			料金を免除する検診に○印をする	該当 発行
生年月日	大正・昭和・平成	46年	5月 1日		
	(西暦	1971年)			
年齢	53 歳	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女		
住所	久御山町 島田ミスノ38				
昼間に連絡がつく電話番号	075 — 631 — 6111				
世帯主氏名	久御山 太郎				
医療保険種類	久御山町国民健康保険 (<input checked="" type="radio"/>) 社会保険等[被用者保険] ()				
がん検診等自己負担金免除申請につき、上記申請者から、その権限を委任されました。					
代理人氏名					
住所・電話番号					
☎ — —					
*該当する番号を○で囲んでください。					
(料金免除内訳)	<input checked="" type="radio"/> 1 大腸がん検診(40歳以上)	700円	1 生活保護世帯等	1 生活保護世帯等 (該 ・ 非) 2 住民税が課税されていない世帯 (該 ・ 非) 3 中国残留邦人等支援給付世帯 (該 ・ 非)	
	<input type="radio"/> 2 胃がん検診(50歳以上で西暦奇数年生まれの人)				
	胃内視鏡検査	2,500円			
	<input type="radio"/> 3 肺がん検診(40歳以上)	300円	<input checked="" type="radio"/> 2 住民税が課税されていない世帯		
	<input type="radio"/> 4 前立腺がん検診(50歳以上西暦奇数年生まれの男性)	500円			<input type="radio"/> 3 中国残留邦人等支援給付世帯
	<input checked="" type="radio"/> 5 乳がん検診(40歳以上西暦奇数年生まれの女性)	1,000円			
	<input type="radio"/> 6 子宮頸がん検診(20歳以上西暦奇数年生まれの女性)	1,100円			
	<input checked="" type="radio"/> 追の人(受診票持参の人)				
<input type="radio"/> 7 健康診査(生活保護世帯・中国在留邦人等支援給付世帯)	0円	優先 <input type="checkbox"/> クーポン等(乳・子宮・肝炎ウイルス対象者)			
<input type="radio"/> 8 肝炎ウイルス検診(今年度40歳以上で過去に受診歴がない人)	500円	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 70歳以上 ※生保は免除申請要!			