

令和8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 8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	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>該当</th> <th>発行</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>大腸がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>胃がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>前立腺がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>乳がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>子宮頸がん検診</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>健康診査</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>肝炎ウイルス検診</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			該当	発行	1	大腸がん検診			2	胃がん検診			3	前立腺がん検診			4	乳がん検診			5	子宮頸がん検診			6	健康診査			7	肝炎ウイルス検診		
		該当	発行																																		
1	大腸がん検診																																				
2	胃がん検診																																				
3	前立腺がん検診																																				
4	乳がん検診																																				
5	子宮頸がん検診																																				
6	健康診査																																				
7	肝炎ウイルス検診																																				
生年月日	大正・昭和・平成	47年	5月 1日																																		
	(西暦)	1972年)																																			
年齢	53 歳	性別	男 ・ 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)	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)																																	
	2 胃がん検診(50歳以上で西暦奇数年生まれの人)	2,500円			2 住民税が課税されていない世帯																																
	胃内視鏡検査																																				
	3 前立腺がん検診(50歳以上西暦奇数年生まれの男性)	500円	3 中国残留邦人等支援給付世帯																																		
	4 乳がん検診(40歳以上西暦奇数年生まれの女性)	1,000円																																			
	5 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																																			
	追 の人(受診票持参の人)																																				
6 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		確認者 (確認課) 福祉課 国保健康課																																		
7 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																																				
優先 <input type="checkbox"/> クーポン等(乳・子宮・肝炎ウイルス対象者) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 70歳以上 ※生保は免除申請要！																																					