様式第1号（第2条関係）

健康診査受診料免除申請書

令和　　年　　月　　日

甲賀市長　あて

〒

申請者（受診者）　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　　年　　月　　日

甲賀市健康診査受診料徴収条例施行規則第2条第2項の規定により、受診料を免除されるよう申請します。

1、免除を希望する健康診査

項目	健康診査の種類	受診料	受診時期	前回受診
	胃がん検診	円	年　月　日	年　月
	肺がん検診	円	年　月　日	
	~~喀痰細胞診~~	~~円~~	~~年　月　日~~	
	大腸がん検診	円	年　月　日	
	~~前立腺がん検診~~	~~円~~	~~年　月　日~~	
	子宮頸がん検診	円	年　月　日	年　月
	乳がん検診	円	年　月　日	年　月
	骨粗しょう症検診	円	年　月　日	
	肝炎ウイルス検診	円	年　月　日	
	歯周疾患検診	円	年　月　日	
	基本健診（39歳以下）	円	年　月　日	

2、免除を希望する額の合計　＿＿＿＿＿＿＿＿円

（裏面あります）

3、免除を申請する理由（該当するものに○をつけてください）

	生活保護による非保護世帯に属する者
	市民税非課税・減免世帯に属する者
	その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

4、個人情報の照会の同意（ご記入ください）

同意書及び確認書

私（申請者）の免除資格審査のために、私の個人情報を必要とされる範囲で関係各課に照会されることについて同意します。また、私の世帯員の個人情報を照会されることについても、世帯員から同意を得ています。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（本人自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿