

年 月 日

健康増進課長 様

がん検診等費用免除申請書

小山市が実施するがん検診等を受診するにあたり、自己負担金が無料となる対象(生活保護法による被保護世帯、または住民税が全員非課税の世帯)に該当しますので、以下のとおり、がん検診等費用免除を申請いたします。

フリガナ		生年 月日	年 月 日(歳)
氏 名			
住 所	〒 - 小山市	電話 番号	
検診受診日 (当てはまる もののみ記載)	集団検診:(年 月 日) または 未定 個別検診:(年 月 日) または 未定		

【同意書】

- 1 利用者の住民基本台帳を調査すること。
- 2 利用者の属する世帯が生活保護法による被保護世帯、または住民税非課税世帯に該当するか調査すること。
- 3 委託医療機関に本申請書に記載された内容および調査した内容等を提供すること。

がん検診等費用免除の申請をするにあたり上記について同意します。

利用者氏名(自署) _____

※必ず事前(検診日の2週間前)に健康増進課までご提出ください(検診日当日や受診後の申請は不可)
提出後、課税状況等を確認し、費用免除の可否を通知いたします。
また、当日こちらの用紙をお持ちいただいても自己負担は無料となりませんのでご了承ください。