

令和 年度 個別がん検診（胃がん・子宮頸がん・乳がん）  
自己負担金無料申請書

糸島市長 様

申請者(本人又は代理人)

住 所

フリガナ

氏 名

(署名または記名押印)

電話番号

※申請者と受診者が別世帯の場合、委任状が必要。

個別がん検診自己負担金無料通知書の交付について、下記のとおり申請します。

記

1 申請理由 ①市民税非課税世帯 ②生活保護受給者

2 受診希望者(同一世帯者の中で、自己負担金免除の申請希望者含む)

| 住 所                                 | <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ |         |           |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|-----------|---|
| 氏 名                                 |                                     | 生 年 月 日 | 年度末<br>年齢 | 受診希望の健診   |
| <input type="checkbox"/> 申請者<br>と同じ |                                     |         |           | <input type="checkbox"/> 胃<br><input type="checkbox"/> 子宮<br><input type="checkbox"/> 乳 |
|                                     |                                     |         |           | <input type="checkbox"/> 胃<br><input type="checkbox"/> 子宮<br><input type="checkbox"/> 乳 |
|                                     |                                     |         |           | <input type="checkbox"/> 胃<br><input type="checkbox"/> 子宮<br><input type="checkbox"/> 乳 |
|                                     |                                     |         |           | <input type="checkbox"/> 胃<br><input type="checkbox"/> 子宮<br><input type="checkbox"/> 乳 |

| 判定 | 1 該当 (非課税・生活保護) | 2 非該当  | 受付日 |
|----|-----------------|--|-----|
|    |                 | 【判定資料】<br>課税台帳等<br>介護保険料通知 (所得段階 1～3) ・介護限度証・後期限度証 (区分 I・II)<br>生活保護受給証・生活保護法医療券<br>生活保護担当課 (担当: _____、受給者番号 _____)<br>その他 ( _____ ) |     |