

令和7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 7 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							
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	料金を 免除する 検診に○印 をする				
住 所	久御山町 島田ミスノ38					該当	発行	
昼間に連絡がつく電話番号	075 — 631 — 6111				1	大腸がん検診		
世帯主氏名	久御山 太郎				2	胃がん検診		
					3	肺がん検診		
医 療 保 険 種 類	久御山町国民健康保険 (○) 社会保険等[被用者保険] ()				4	前立腺がん検診		
					5	乳がん検診		
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 ☎ — —					6	子宮頸がん検診		
					追の人			
					7	健康診査		
				8	肝炎ウイルス検診			
* 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		② 住民税が課税 されていない世帯	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歳以上で西暦偶数年生まれの人) 胃内視鏡検査 2,500円							
	3 肺がん検診(40歳以上) (喀痰容器代 275円)							
	4 前立腺がん検診 500円 (50歳以上西暦偶数年生まれの男性)							
	⑤ 乳がん検診 1,000円 (40歳以上西暦偶数年生まれの女性)		優先 □ クーポン等(乳・ 子宮・肝炎ウィ ルス対象者) □ 生活保護 □ 70歳以上 ※生保は免除申請要！	確認者 (確認課) 福祉課 国保健康課				
	6 子宮頸がん検診 1,100円 (20歳以上西暦偶数年生まれの女性)							
	⑦ 健康診査 0円 (生活保護世帯・中国在留邦人等支援給付世帯)							
	8 肝炎ウイルス検診 500円 (今年度40歳以上で過去に受診歴がない人)							