

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。

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。
※郵送の場合は申請者氏名欄に本人署名又は押印をお願いします。

申請日	令和 年 月 日			申請者	・ 本人 ・ 家族 ・ 代理人()			
ふりがな								
申請者氏名								
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日 (西暦 年)							
年 齢	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					該当	発行	
昼間に連絡がつく電話番号	— —			1		大腸がん検診		
世帯主氏名				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		
				⑦		⑦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		1 生活保護世帯等		確認者	1 生活保護世帯等 (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)		2 住民税が課税 されていない世帯			2 住民税が課税 されていない世帯 (該 ・ 非)		
	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)		3 中国残留邦人等 支援給付世帯			3 中国残留邦人等 支援給付世帯 (該 ・ 非)		
	⑦ ⑦の人(受診票持参の人)		優先			(確認課) 福祉課		
	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)		□ クーポン等(乳・ 子宮・肝炎ウィ ルス対象者)					
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)		□ 生活保護		国保健康課				
		□ 70歳以上 ※生保は免除申請要！						