

がん検診等個人負担金免除申請書

申請年月日 年 月 日

石岡市長宛

がん検診等個人負担免除の申請します。個人負担金免除対象外となった場合、免除券を返還することを承諾します。

*がん検診等を受診する前に保健センターへ申請してください。受診後は受けませんので、ご注意ください。

1 個人負担金免除等申請者

住 所	石岡市		
フリガナ		電話番号	
氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)

2 免除等該当区分 該当・承諾される箇所にレ点をつけて下さい。

1 ☐ 生活保護法による被保護世帯に属する方 私の生活保護又は支援給付の受給の有無について確認されることを承諾します。
2 ☐ 世帯全員住民税非課税の方 (受診日によって当該年度が異なります。) 申請にあたり、公簿等により私及び世帯員の課税状況等を確認されることを承諾します。 ☐ 5月までに受診の方:申請期間は4/1～5/31です。令和7年度の課税状況を確認されることを承諾します。 ☐ 6月以降に受診の方:申請期間は6/1～2/28です。令和8年度の課税状況を確認されることを承諾します。
3 ☐ 身体障害者手帳1級・2級、精神障害者福祉手帳1級、療育手帳 ㊤・Aの方(手帳番号)
4 ☐ 65～69歳の方で、「後期高齢者医療保険」に該当する方(保険証番号)

3 個人負担金免除券を必要とするがん検診等の種類(受診予定日)

☐ 健康診査 (年 月 日) (39歳以下・40歳以上) ※40歳以上は生保該当者のみ	☐ 前立腺がん検診 50歳以上男性 (年 月 日) ☐ 肝炎ウイルス検診 ☐ 胃がんリスク検診 40歳以上受診歴の無い方 (年 月 日)
☐ 肺がん検診 40歳以上 (年 月 日)	☐ 子宮がん検診 20歳以上 (年 月 日)
☐ 胃がん検診 40歳以上 (年 月 日)	☐ 乳がん超音波検診 30歳以上 (年 月 日)
☐ 大腸がん検診 40歳以上 (年 月 日)	☐ 乳がんマンモグラフィ検診 40歳以上 (2年に一度) (年 月 日)

保健センター処理欄

受付日	年 月 日		対応者	確認年度 令和7年度・令和8年度			
担当課確認	☐ 税務課	☐ 社会福祉課	申請者確認	免許証・保険証・その他()			
			課長	課長補佐	係長	課員	
担当課結果	☐ 該当	☐ 非該当	決裁欄				