

がん検診等個人負担金免除申請書

*この申請書はがん検診等を受診する前に保健センターに提出してください。
受診後は受けませんのでご注意ください。

(宛先) 石岡市長 あて 申請年月日 年 月 日

がん検診等の個人負担免除等の適用を受けたいので申請します。

- 1.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。
また、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. 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。

1 個人負担金免除等申請者

住 所 石岡市		保険証区分										
フリガナ	電話番号	() -										<input type="checkbox"/> 国保
氏 名	携帯											<input type="checkbox"/> 後期高齢
生年月日 S・H	年	月	日(歳)	個人番号 マイナンバー								<input type="checkbox"/> その他()

2 免除等該当区分

<input type="checkbox"/> 1 生活保護法による被保護世帯に属する方
<input type="checkbox"/> 2 世帯全員非課税の方
<input type="checkbox"/> 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) ・Aの方(手帳番号)
<input type="checkbox"/> 4 65～69歳の方で、「後期高齢者医療保健」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)

<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 50歳以上男性 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 肺がん検診 40歳以上 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 40歳以上受診歴の無い方 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 胃がん検診 40歳以上 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 20歳以上 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 乳がん超音波検診 30歳以上 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 40歳以上 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィ検診 40歳以上 (2年に1回) (年 月 日)

保健センター処理欄

受付日	年 月 日	対応者	発行枚数
担当課確認	<input type="checkbox"/> 税務課	申請者確認	免許証・保険証・その他()
	<input type="checkbox"/> 社会福祉課	担当課結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当