

保存	5年	文書番号	F5-3-0	非公開
----	----	------	--------	-----

決 裁	課 長	補 佐	係 長	担 当 者	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 裁	年 月 日
交付資格 の 判 定					否(理由)	

<p>妙高市健康診査実費徴収金免除申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>妙高市長 宛て</p> <p style="text-align: right;">申請者(受診者)</p> <p style="text-align: right;">住 所 妙高市</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">生年月日 年 月 日(歳)</p> <p style="text-align: right;">※当該年度の年度末(3/31)時点の年齢</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>妙高市健康診査実費徴収規則第5条第2項及び妙高市国民健康保険特定健康診査実費徴収規則第5条第2項の規定により、市が実施する健康診査及びがん検診等に係る実費徴収金の免除を申請します。</p> <p>申請にあたり、私及び私の世帯員の課税台帳及び住民基本台帳の閲覧を認めます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">受診年度</td> <td style="text-align: center;">年度</td> </tr> <tr> <td>免除理由</td> <td> <input type="checkbox"/> 市民税の非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> その他市長が特に認めた者 </td> </tr> </table> <p>対象となる健康診査及びがん検診等については、下記のうち、本人が受診年度に対象となり、かつ受診を希望するものとする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民健康診査、特定健康診査 ・ 大腸がん検診、胃がん検診、肺がん検診（胸部レントゲン検査及び喀痰細胞診）、前立腺がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診 ・ ピロリ菌検査、肝炎ウイルス検診、骨粗しょう症検診 		受診年度	年度	免除理由	<input type="checkbox"/> 市民税の非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> その他市長が特に認めた者
受診年度	年度				
免除理由	<input type="checkbox"/> 市民税の非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> その他市長が特に認めた者				

- 注) 1. 太枠欄を記入してください。
2. 免除理由に該当する74歳以下のかたが対象となります（免除該当の障がい者手帳所持者、生活保護世帯及び中国残留邦人等世帯については、申請は必要ありません）。
3. 免除が決定した場合、対象年度の各種健（検）診受診時に決定通知を提示してください。