

健康診査等受診料免除申請書

令和 ○年△月×日

米原市長 様

住所 米原市 長岡 1206 番地

氏名 米原 ほたる ㊟

電話 55-8105

米原市健康診査等受診料徴収規則第6条第2項の規定により、受診料の免除を申請します。
 なお、当該免除の審査に際し、私および私の属する世帯全員の市民税の課税状況を関係職員が照会し、確認することに同意します。

記

1 免除事由（該当する事由にレ印を付けてください）

- 市町村民税非課税世帯に属する者で、当該年度内に70歳から74歳に達する者（第6条第4号）
 市町村民税非課税世帯に属する者で、母子世帯等に属する者（第6条第5号）
 市町村民税非課税世帯に属する障がい者（第6条第6号）

2 免除を希望する健康診査等

希望の有無	健康診査等の種類	受診料
有・無	生活習慣病健康診査	円
<input checked="" type="checkbox"/> ・無	胃がん検診（集団検診）	1,000円
有・無	胃がん検診（医療機関検診）	円
有・無	肺がん検診（胸部レントゲン撮影）	円
有・無	肺がん検診（喀痰検査）	円
<input checked="" type="checkbox"/> ・無	大腸がん検診（ <input checked="" type="checkbox"/> 集団検診・医療機関検診）	500円
有・無	子宮頸部がん検診（集団検診・医療機関検診）	円
<input checked="" type="checkbox"/> ・無	乳がん検診（ <input checked="" type="checkbox"/> 集団検診・医療機関検診）	1,000円
有・無	骨粗しょう症検診	円
有・無	肝炎ウイルス検診	円
有・無	75g糖負荷検査	円
有・無	頸動脈エコー検査	円
有・無	微量アルブミン尿検査	円
合計額		2,500円

注 希望の有無欄、および健康診査等の種類欄の該当事項に○印を付けてください。

3 免除を希望する額

2,500 円