

様式第1号(第5条第2項関係)

草津市受診料免除申請書兼税務関係資料閲覧承諾書

草津市長 宛

年 月 日

草津市健康診査受診料徴収規則第5条第2項の規定により、受診料を免除されるよう下記のとおり申請します。

なお、草津市健康診査受診料免除のために、健康増進課長が私の世帯の税務関係資料を閲覧することを承諾します。

申請者(受診者)

〒525-00

住 所 草津市

氏 名

生年月日 ^{M・T}_{S・H} 年 月 日 (満 歳)

電話番号

記

1. 免除を希望する健康診査〔個別・集団いずれか一方のみ〕

希望項目	健康診査の種類(免除申請対象年齢)	受診料	前回受診日	受診時期
メタボ 予防 健康 診査	◆プレ特定健康診査(19~39歳)	(個別) 1,900円 (集団) 1,400円		年 月 日
	◆生活保護受給者健康診査(40歳以上) (保険加入者は除く)	1,900円		年 月 日
	◆浄化センター健康診査(19~64歳)			年 月 日
	肝炎ウイルス検診(40~64歳) クーポン対象 <input type="checkbox"/>	(個別) 1,000円 (集団) 600円	年 月 日 ※受診は1回のみです。	年 月 日
	肺がん・結核検診(40~64歳)	(個別) 700円 (喀痰検査が必要な人は、合計1,500円) (集団) 400円 (喀痰検査が必要な人は、合計700円)	年 月 日	年 月 日
	大腸がん検診(40~69歳)	(個別) 500円 (集団) 300円		年 月 日
胃がん検診(50~69歳) 〔胃内視鏡もしくはバリウム検査 いずれかのみ〕	胃内視鏡	3,100円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です。	年 月 日
	胃部エックス線	(個別) 2,300円 (集団) 1,700円		
	子宮頸がん検診(20~69歳) クーポン対象 <input type="checkbox"/>	(個別) 1,500円 (集団) 1,400円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です。	年 月 日
乳がん検診 クーポン対象 <input type="checkbox"/>	40歳~49歳	(個別) 1,900円 (集団) 1,300円	年 月 日 ※受診は2年度に1回です。	年 月 日
	50歳~69歳	(個別) 1,400円 (集団) 1,200円		
	節目歯科健康診査(40・50・60歳)	1,000円	年 月 日	年 月 日
	妊婦歯科健康診査	1,000円		年 月 日

2. 免除理由 ① 生活保護法により保護を受けている世帯

② 市民税の非課税世帯または免除世帯

代理人または成年後見人 氏名 (続柄)

電話番号

【確認事項(免除理由②の場合)】

- 令和 年1月1日時点、草津市で住民基本台帳登録をされていますか？ (はい・いいえ)
- 令和 年度の市民税課税状況(令和 年1月1日時点)で、同世帯の方 全員が免除対象になっていますか？ (はい・いいえ)
- 草津市税務課にて市民税の申告を済ませていますか？ (はい 年 月・いいえ)

現住所以外の 住所に送付を 希望する場合	住所:	<input type="checkbox"/> 本人確認 免許証・個カ・保険証・旅券 身障・他()	<input type="checkbox"/> 代理人確認 免許証・個カ・保険証・旅券 身障・他()
	氏名: (理由:)	<input type="checkbox"/> 代理権確認 委任状・受診者の身元確認書類〔免許証・個カ・旅券 保険証・身障・クーポン・勸奨はがき・他()〕	