

様式第1号（第4条関係）

小千谷市検診及び健康診査受診料金免除申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

住 所 小千谷市

氏 名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

小千谷市検診及び健康診査受診料金等徴収規則第4条第2項の規定により、健康増進法第4条及び高齢者の医療の確保に関する法律第20条に基づき市が実施する検診及び健康診査受診料金の免除を申請します。

申請にあたり、免除理由に該当するか審査する場合に個人番号を利用して調査することに同意します。

受診年度	年度
免除を受ける理由	1 生活保護法による被保護世帯に属する者である 2 市民税の非課税世帯に属する者である 3 その他、市長が特に認めた者である
免除となる検診及び健康診査は、  ・健康診査、特定健康診査（血糖検査・肝炎ウィルス検査含む） ・胃がん検診・大腸がん検診・胸部レントゲン検査（喀痰検査含む） ・子宮頸がん検診（体がん検診含む）・乳がん検診 ・骨粗鬆症検診  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。	
個人番号	