

様式第3号

保健所使用料及び手数料減額免除申請書
(がん検診等自己負担金免除申請書)

尼崎市長宛

令和 年 月 日

確認事項	① 本年度の受診の有無 □あり □なし ※尼崎市のがん検診は、年度内に同じ検診を複数回受診できません。
	② 減免を希望する検診のうち、 □あり □なし 胃がん(胃内視鏡検査)・乳がん・子宮頸がん検診の昨年度の受診の有無 ※尼崎市の上記検診の受診機会は、2年度に1回です。
	③ 過去のB型・C型肝炎ウイルス検査の有無 □あり □なし ※尼崎市の肝炎ウイルス検診は過去未受診の方以外受診できません。
利用を希望する検診	<input type="checkbox"/> 胃がん検診(*両方の受診はできません。どちらかに○をご記入ください。) ・エックス線(胃バリウム)検査 (40歳以上の者) ・胃内視鏡(胃カメラ)検査 (50歳以上の者で、受診回数は2年度に1回) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 (40歳以上の者) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 (20歳以上の者で、受診回数は2年度に1回) <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (40歳以上の者で、受診回数は2年度に1回) <input type="checkbox"/> 肺がん(胸部)検診 (40歳以上の者) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 (40歳以上の者で、肝炎ウイルス検診未受診の者)
申請の理由	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯等に属する者(ケース番号 _____) (中国残留邦人等支援法給付受給者を含む) <input type="checkbox"/> その他市長が認める者
注意事項	※必要に応じて市民税等の調査を実施します。 ※調査の結果、未申告等の事由によっては課税証明に係る手続きを行っていただく必要があります。 ※交付対象外であった場合など、事由により尼崎市保健所から連絡をさせていただく場合があります。 ※今回ご記入いただく個人情報は、がん検診等自己負担金免除申請のために使用し、それ以外の目的で使用されることはありません。
署名欄	上記注意事項を承諾し、尼崎市がん検診等自己負担金免除の申請をします。 フリガナ 【申請者】 氏名 _____ 電話 () - _____
	フリガナ _____ 性別 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 受診者 _____ 男・女 _____ 大・昭・平 年 月 日 _____ 歳
	住所 〒 _____ 尼崎市 _____ 電話 () - _____

令和 年 月 日

申請理由を確認し、承認のうえ受診券を交付します。

公印	発行枚数
	枚

健康増進課			(南部・北部)地域保健課			社会福祉協議会	
課長	係長	係	課長	係長	係	(該当に○)	受付者
						中央 小田 大庄	立花 武庫 園田

