

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 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	☐ 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。） ・エックス線検査 （40歳以上の者） ・胃内視鏡検査 （50歳以上の者で、受診回数は2年度に1回）			
	☐ 大腸がん検診 （40歳以上の者）			
	☐ 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）			
	☐ 乳がん検診 （40歳以上の者で、受診回数は2年度に1回）			
	☐ 肺がん（胸部）検診 （40歳以上の者）			
	☐ 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	☐ 市民税非課税世帯に属する者			
	☐ 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）			
	☐ 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	公印	発行枚数
	申請理由を確認し、承認のうえ受診券を交付します。	
		枚

健康支援推進担当			(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

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	☐ 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 検 査 （40歳以上の者） ・胃 内 視 鏡 検 査 （50歳以上の者で、受診回数は2年度に1回） ☐ 大 腸 が ん 検 診 （40歳以上の者） ☐ 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） ☐ 乳 が ん 検 診 （40歳以上の者で、受診回数は2年度に1回） ☐ 肺 が ん（ 胸 部 ） 検 診 （40歳以上の者） ☐ 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	☐ 市 民 税 非 課 税 世 帯 に 属 す る 者 ☐ 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） ☐ そ の 他 市 長 が 認 め
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 ※交付対象外であった場合など、事由により ※今回ご記入いただく個人情報、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。 赤枠部分のみご記入ください (上記の項目は、当日窓口で確認いたします)

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 アマガサキ タロウ					
	【申請者】氏 名 尼崎 太郎		電話 (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	フリガナ	アマガサキ タロウ	性 別	生年月日	年 齢	
	受 診 者	尼崎 太郎	男・女	大・昭・平	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇歳
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 尼崎市〇〇町〇丁目〇番〇号				電話 (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

令和 年 月 日	公印	発行枚数
申請理由を確認し、承認のうえ受診券を交付します。		枚

健康支援推進担当			(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