別記様式（第５条関係）

健康診査自己負担金免除申請書

年　　月　　日

鶴　岡　市　長　様

＜申請者（同意者）＞

住　所　鶴岡市

氏　名　　印

電　話

※前年１月１日現在の住所(上記と異なる方のみ記入してください)

＜代　理＞

住　所　鶴岡市

氏　名

電　話　　続柄

下記の者が受診する鶴岡市健康診査自己負担金を免除するよう申請します。

免除決定に際して、必要なときは私の世帯に係る市町村民税課税台帳を閲覧することに同意します。

受診者	住　所	申請者（同意者）に同じ	世帯主氏名	
	氏　名	申請者（同意者）に同じ	生年月日	年　　月　　日

免除申請の理由

１．生活保護世帯　　２．市町村民税非課税世帯

３．その他（　　）

健診の種類（受診する種類の番号を○で囲んでください。）

１．健康診査	６．子宮がん検診
２．胃がん検診	７．乳がん検診
３．大腸がん検診	８．肝炎ウイルス検診
４．呼吸器検診	９．骨粗鬆症検診
５．喀痰細胞診検査	10．歯周疾患検診

年　月　日	確認者の印	確認の結果
課税台帳にて	印	・「減」該当 ・「免」該当 ・非該当 ＜理由＞　・課税世帯　・課税世帯の扶養 ・その他（　　）
福祉課より		
システム入力	印	