☐ 堺市健(検)診一部負担金免除申請書
☑ 堺市検診料免除申請書

年　　月　　日

堺 市 長 殿

申請者　住　所

（フリガナ）

氏　名

生年月日　　年　　月　　日 生（　　歳）

電話番号　　（　　）

下記の健(検)診に係る一部負担金および検診料の免除を受けたいので各種規定により次のとおり申請します。

記

健康診査の区分	☐ 胃がん検診(1,000円)　☐ 肺がん検診(200円)　☐ 大腸がん検診(300円) ☐ 子宮がん検診(500円)　☐ 乳がん検診(500円)　☐ 前立腺がん検査(1,000円) ☐ 胃がんリスク検査(1,000円)　☐ 肝炎ウイルス検診(500円)　☐ 肺がん検診(喀痰)(400円) ☑ 骨粗しょう症予防検診(640円)　☐ 成人歯科検診(500円)
免除の理由	☐ 生活保護世帯　☐ 中国残留邦人等支援給付世帯 ☐ 市民税非課税世帯
添付書類	☐ 現在受給中の生活保護世帯受給者証　☐ 中国残留邦人等支援給付証明書 ☐ 住民税課税証明書または住民税課税通知書(注)　☐ その他（　　） （注）世帯主、世帯員毎に所得がある場合は、それぞれの証明書が必要です。 また、申請年の1月1日時点(1月～5月に申請する場合は前年1月1日時点)他市に居住しており、その後堺市に転入された方は、他市分の上記証明書が必要です。

＊ 上記添付書類を提出した場合は、下記世帯状況に記載は不要です。

＊ 下記の者は、当該事務手続を処理することに限り、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

申請者の世帯状況	氏　名	生年月日	対象者との続柄	住　所（1月1日時点の住所）
			本人	☐申請者と同じ
				☐申請者と同じ
				☐申請者と同じ
				☐申請者と同じ
				☐申請者と同じ
				☐申請者と同じ
				☐申請者と同じ
				☐申請者と同じ

＜注意事項＞

1．同意する者がそれぞれ自ら署名(自署できない場合は記名・押印)してください。
同意するものが未成年の場合は、親権者が当該未成年者の氏名を記載し、親権者の署名(または記名・押印)とその横に続柄(当該未成年者に対する親権者の続柄)を記載してください。

2．代理人が署名する場合、本人の委任状が必要です。

処理欄				
	確認年月日	年　月　日	確 認 者	
	確 認 内 容	生活保護　中国残留邦人等　非課税　その他(　　)		免除要件に該当せず