

がん検診等費用免除申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

千葉市がん検診等費用の免除を申請します。
また、世帯状況を確認することに同意します。

※太枠内を記載してください。

申請者 (受診者)	フリガナ		フリガナ			
	氏名		世帯主 氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	歳
	住所	千葉市	区			
	連絡先	(携帯電話など平日、日中の連絡先)				
	電話番号	—	—			
	メールアドレス			@		

- この用紙は申請書ですので、医療機関に提出しても検診費用は無料になりません。
- 70歳以上の方は、申請の必要はありません。
- 証明書類の添付を省略し、世帯の課税状況を千葉市が調査、照会することに同意する場合は裏面の承諾書に世帯全員の署名(自署)又は押印が必要です。詳しくは裏面をご覧ください。

千葉市記入欄			
免除番号		整理番号	
免除決定日		本人への 発行方法	窓口 ・ 郵送
証明書類	有(所得証明書 介護保険料決定通知書 生活保護受給証明書) 省略		

【受付】	月	日
健康支援課(窓口・郵便)		
()健康課		

(裏面)

承 諾 書

この申請に対する免除の決定のため、私の今年度又は前年度の課税状況の情報について、市役所内関係機関に調査、照会することを承諾します。

《承諾にあたり、以下のことにご留意ください。》

- 1 調査、照会に時間を要するため、免除の決定には2週間以上かかる場合があります。
- 2 調査、照会の結果により、申請却下となることもあります。

※お子様を含む世帯全員の署名（自署）又は押印が必要です。

NO	フリガナ	印	生年月日
	氏 名 *自署の場合は押印不要		
1		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
2		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
3		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
4		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
5		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
6		印	大正 昭和 平成 令和 年 月 日