

様式第1号(第8条関係)

健康診査等費用免除申請書

年 月 日

浅口市長 様

住 所
氏 名
電話番号

浅口市健康増進事業等実施規則(令和元年浅口市規則第11号)の規定による費用の免除を受けたいので申請します。なお、それに伴い生活保護の受給状況を確認されることを承諾します。

受診者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (申請者との続柄:)		
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
生 年 月 日	年 月 日		
事業種別等	事業種別	受診方法 1 集団けんしん 2 医療機関けんしん (2の場合は、医療機関名を記載)	受診予定日
	1 特定健康診査	1 2 ()	
	2 75歳以上健康診査	1 2 ()	
	3 肺がん・結核検診	1 2 ()	
	4 胃がん(ピロリ菌)検診	1 2 ()	
	5 胃がん(レントゲン)検診	1 2 ()	
	6 胃がん(内視鏡)検診	1 2 ()	
	7 大腸がん検診	1 2 ()	
	8 前立腺がん検診	1 2 ()	
	9 肝炎ウイルス検診	1 2 ()	
	10 子宮頸がん検診	1 2 ()	
11 乳がん検診	1 2 ()		
申 請 理 由	1 生活保護法(昭和57年法律第80号)による被保護世帯に属する者 2 その他()		

上記の申請を申請者に委任します。

年 月 日

委任者 住所
氏名

印

※ここから下の欄には記入しないでください(市記入欄)

生 活 保 護 状 況 確 認	生活保護世帯 生活保護世帯以外
確 認 書 類	・ 被保護世帯台帳 ・ その他()