

健康診査等自己負担金免除申請書

令和 年 月 日

安来市長 様

申請者 住所
(受診者本人)
氏名
(記名押印または署名)

安来市ミニドック実施要領の規定により、次のとおり自己負担金の免除を申請します。
なお、免除の可否を決定するに必要な場合に限り、安来市の職員が下記の各免除理由の該当状況について照会することに同意します。

記

1 免除を受けようとする理由

該当するものに ○を記入する。	理由
	世帯のすべての国保加入者及び世帯主が市民税非課税である。
	福祉医療費助成を受けている。
	精神障害者保健福祉手帳に障害等級が1級又は2級である者として記載されている。
	その他 ()

2 免除を受けようとする者

No.	氏名	住所	生年月日	性別	健康診査等の種類	備考
	申請者に同じ				ミニドック ミニドック(オプション)	

確認方法	<input type="checkbox"/> 市民課 (保険年金係) <input type="checkbox"/> 福祉課 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給資格者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認者	
------	--	-----	--

記入例

健康診査等自己負担金免除申請書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

安来市長 様

申請者 住所 安来市安来町878-2
(受診者本人)
氏名 安来 太郎
(記名押印または署名)

安来市ミニドック実施要領の規定により、次のとおり自己負担金の免除を申請します。
なお、免除の可否を決定するに必要な場合に限り、安来市の職員が下記の各免除理由の該当状況について照会することに同意します。

記

1 免除を受けようとする理由

該当するものに ○を記入する。	理由
<input checked="" type="radio"/>	世帯のすべての国保加入者及び世帯主が市民税非課税である。
<input type="radio"/>	福祉医療費助成を受けている。
<input type="radio"/>	精神障害者保健福祉手帳に障害等級が1級又は2級である者として記載されている。
<input type="radio"/>	その他 ()

2 免除を受けようとする者

No.	氏名	住所	生年月日	性別	健康診査等の種類	備考
	申請者に同じ		昭和●年 ●月●日	男	ミニドック ミニドック(オプション)	

確認方法	<input type="checkbox"/> 市民課(保険年金係) <input type="checkbox"/> 福祉課 <input type="checkbox"/> 福祉医療受給資格者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認者	
------	---	-----	--