様式第１号（第５条関係）

健康診査等費用負担軽減助成費支給申請書

令和　　年　　月　　日

安来市長　様

申請者　住所　安来市

氏名

（記名押印又は署名）

安来市健康診査等費用負担軽減助成費支給要綱第５条の規定により、次のとおり健康診査等費用負担軽減助成費の支給を申請します。

なお、支給の可否を決定するために必要な場合に限り、安来市の職員が支給を受けようとする者の属する世帯の市民税の課税台帳を閲覧すること又は福祉事務所長に生活保護法の規定による生活保護費を受給しているかについて照会することに同意します。

また、健康診査等を受ける医療機関等が安来市と助成費の代理受領契約を締結している場合は、当該医療機関等を代理人と定め、この助成費を受領することを委任するとともに、当該医療機関等が代理受領した助成費を健康診査等に要する費用に充当することに同意します。

１　支給を受けようとする理由

該当するものに○を記入する。	理由
	生活保護法の規定による生活保護費を受給している。
	世帯の全員が市民税非課税である。
	（がん検診（個別検診）のみ） 福祉医療費助成を受けている。
	（がん検診（個別検診）のみ） 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　支給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
		安来市	Ｔ・Ｓ	男・女	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	
		安来市	Ｔ・Ｓ	男・女	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	
		安来市	Ｔ・Ｓ	男・女	高齢者肺炎球菌感染症予防接種	

（市等の記入欄）

確認方法	□税務課　□福祉課　□福祉医療受給資格者証 □精神障害者保健福祉手帳　□その他（　　）			確認者	
支給の適否	適　・　否	支給金額	合計　　円		
支給しない場合の理由					
本人確認	保険証　　運転免許証　　その他　（　　）				