

がん検診等公費負担申請書

太枠内の内容を必ずご確認のうえ、申請してください。

・木津川市の実施するがん検診等を受診される際に、費用免除券のほかにも以下のいずれかの証（有効期限内）を会計で提示することで費用が免除になりますので、申請は不要です。

- ・福祉医療費受給者証
 - ・身体障害者手帳
 - ・療育手帳
 - ・精神障害者保健福祉手帳
 - ・生活保護受給証明書
 - ・被爆者健康手帳
- ・令和7年1月1日時点で、木津川市に住民登録が無い方については、世帯員全員の課税状況の分かる証明書の提出が必要です。

がん検診等公費負担申請を行うにあたり、費用免除券発行のために必要な、申請者及び申請者の属する世帯に係る所得課税状況等について、木津川市が調査することに同意します。

（世帯員の課税状況を調査することについて、本人の同意を得たうえで申請してください。）

申請者

氏名 _____ (※世帯員以外の方は、委任状が必要です。)
(窓口に来られた方)

住所 木津川市 _____ TEL(_____) _____

世帯の状況

《記入時の注意事項》

- ・世帯全員の氏名をご記入いただき、受診予定の方に○印をつけて下さい。
- ・課税状況は、義務教育を終了した年齢の方を対象に調べさせていただきます。記載された全員が非課税でないと免除券は発行できません。
- ・この申請が虚偽と判明した場合は、後日受診料を徴収します。

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	受診予定の方 (○を記入)
	本人	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

健康推進課使用欄

受付印	処理状況確認 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 費用免除券発行（令和 年 月 日） <input type="checkbox"/> 非該当（ ）	受診予定日 (急ぎの場合またはわかる場合記入) 月 日
-----	---	-----------------------------------