

がん検診等公費負担申請書

太枠内の内容を必ずご確認ください。

- ・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。
 - ・後期高齢者医療被保険者証
 - ・高齢受給者証
 - ・福祉医療費受給者証
 - ・生活保護受給証明書
 - ・被爆者健康手帳
 - ・身体障害者手帳
 - ・療育手帳
 - ・精神障害者保健福祉手帳
- ・令和6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 |
|-----|---|---------------------------------------|