

(第9号様式)

- ① この申請書を、検診を受診する前に**太枠内**をご記入いただいた上、市へ提出してください。
- ② 申請書の到達後、市民税の課税状況を確認させていただき、免除の対象となる人には、「免除決定通知書」または、「施設検診受診券」を作成しお送りします。
- ◆ この申請書を医療機関や検診機関に提出しても、免除にはなりませんのでご注意ください。
- ◆ 検診受診後に申請しても、一部負担金の返還はできませんのでご注意ください。

健康診査等一部負担金免除申請書 (免除通知用)

令和 年 月 日

相模原市長 あて
次のとおり、一部負担金の免除を受けたいので申請します。 (市民税非課税世帯用)

ふりがな									生 年 月 日
申請者氏名									昭和 平成
受診者番号(※)	(下8桁)							年 月 日	
被保険者証番号(国保加入者のみ)	(8桁)								
住 所	緑 区 相模原市 中央区 南 区								
電 話	— —								
検診の種類 (受診予定のすべての番号に○を付けてください。)	1. 肝炎ウイルス検診 (平成14年度以降、一度も受診していない方のみ) 2. 胃がん検診 3. 子宮がん検診 4. 乳がん検診 5. 大腸がん検診 6. 肺がん検診 7. 前立腺がん検診 (4月2日から翌年4月1日までの間に55・60・65歳の誕生日を迎える男性) 8. お口の健康診査 9. 国民健康保険特定健康診査								
理 由	市民税非課税世帯に属するため(世帯員全員が非課税のため) ※上欄9に関しては、国民健康保険加入世帯全員(擬主も含む)が非課税のため								

租税公簿の閲覧承諾書 ※同一世帯で国民健康保険以外の地域保険、職域保険に加入の方(申請者を含める)全員の氏名をご記入ください。

私は、一部負担金の免除申請に伴い、相模原市長が私の租税に関する公簿を閲覧することを承諾します。

氏 名 氏 名
氏 名 氏 名

※ 受診者番号は、施設検診受診券に記載している「受診者番号」の下8桁、被保険者証番号は、保険者証に記載してある8桁の番号を記入してください。(枝番がある場合、枝番は不要です。)

※ 5月31日までに到着した申請書については前年度、6月1日以降に到着した申請書については今年度の市民税の課税状況を基に判断し、結果を通知します。

	受付年月日	受付者	市税判定年度	免除認定状況	交付年月日					
	年 月 日		年度	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯	年 月 日					
市 記 入 欄	上記申請者及び世帯員の市民税課税状況を確認した結果に基づき、次のとおり通知してよろしいか。									
	免除	<input type="checkbox"/> 1 肝炎	<input type="checkbox"/> 2 胃	<input type="checkbox"/> 3 子宮	<input type="checkbox"/> 4 乳	<input type="checkbox"/> 5 大腸	<input type="checkbox"/> 6 肺	<input type="checkbox"/> 7前立腺	<input type="checkbox"/> 8 お口	<input type="checkbox"/> 9 特定
	棄却	<input type="checkbox"/> 1 肝炎	<input type="checkbox"/> 2 胃	<input type="checkbox"/> 3 子宮	<input type="checkbox"/> 4 乳	<input type="checkbox"/> 5 大腸	<input type="checkbox"/> 6 肺	<input type="checkbox"/> 7前立腺	<input type="checkbox"/> 8 お口	<input type="checkbox"/> 9 特定
	備考 <input type="checkbox"/> 課税・ <input type="checkbox"/> 未申告・ <input type="checkbox"/> 確認不能(氏名:)									
	<input type="checkbox"/> 受診済(受診日: 年 月 日)・ <input type="checkbox"/> 受診対象外・ <input type="checkbox"/> その他()									
	無料クーポン券対象者(子宮21歳・乳41歳)【 <input type="checkbox"/> 受診歴なし(無料クーポン対象) <input type="checkbox"/> 受診歴あり(無料クーポン対象外)】									
	<input type="checkbox"/> 肝炎無料対象者(40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳)									