

自己負担金免除資格証明書申出書

北名古屋市長 様

住所：北名古屋市

申出者

氏名：

生年月日：（S・H） 年 月 日 （ 歳）

私は、

	令和6年度市民税非課税世帯
	生活保護受給者
	福祉医療受給（障害・後期・精神）

であることを申出します。

* この申出により、健康課職員が健診料の免除該当者等の調査・確認するため、私の個人情報を使用することに同意します。

1 調査結果 (いずれかを○で囲む)

免除に 該当します ・ 非該当です
①非課税世帯
②生活保護受給者
③福祉医療受給（障害・後期・精神）

健診名 該当健診の□に レ点を入れる	<input type="checkbox"/> ヤング特定健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診（バリウム） <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん・結核検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診（超音波、マンモ） <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 <input type="checkbox"/> 歯周病検診		
	保健センター 確認者		〈必要に応じ〉 税務課担当者名 社会福祉課担当者名
確認日	令和 年 月 日		