様式第１（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　№

**受診料（自己負担金）免除証明願**

令和　　　年　　月　　日

（宛先）津　島　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

氏　　名

電話番号

続　　柄　（　　　　　　）

　下記検診等を受診するため、受診料（自己負担金）免除証明書の交付を願い出ます。

　なお、この申請に基づき、関係機関において課税状況等の確認がなされることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者住所 | 津島市　　　　　　　町 | | |
| 受診者氏名 |  | | |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　　　年　　　月　　　日 | 電話 |  |

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 受　診 | 区　　分 | 受　診 |  |
| 骨粗鬆症検診（集団）  ※該当年齢の女性のみ |  | 肝炎ウイルス検診 | ※クーポン要件確認 | 有効期間＝申請日～検診期間 |
| 胃がん検診 |  | 肺がん検診 |  |
| 胃がんリスク検診 |  | 大腸がん検診 |  |
| 子宮がん検診  ※女性、２年に１回の受診 | ※クーポン要件確認 | 前立腺がん検診  ※男性、３年に１回の受診 | ※クーポン要件確認 |
| 乳がん検診  ※女性、２年に１回の受診 | ※クーポン要件確認 | 眼科検診  ※３年に１回の受診 | ※クーポン要件確認 |
| 歯科検診 | ※クーポン要件確認 | 健康増進法による健康診査  ※生活保護世帯の方のみ | ※OCR受診券発行 |

**※受診する検診等について、「受診」欄に〇印を記入してください。**

**委任欄　　私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。**

**委任者　　住所**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞**

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 | 郵送　：　発行日（　　　/　　　）　発送日（　　　/　　　） |
| 本人確認 | ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　・　免許証　・　保険証　・　診察券　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

**※骨粗しょう症検診の場合は、広報で日時を確認後に申込みが必要な旨伝えること。**

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。