

様式第1号 (第9条関係)

がん検診等受診者負担金免除申請書

年 月 日

小田原市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 \_\_\_\_\_

小田原市がん検診等実施要綱第9条の規定により、次のとおり負担金の免除を申請します。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話	( )
住所	〒 小田原市		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
希望するがん検診を○で囲んでください。			
(1) 胃がん検診 (バリウム集団・リスク検診・内視鏡検診)			
(2) 大腸がん検診 (5) 乳がん検診 (視触診・マンモグラフィ併用)			
(3) 肺がん検診 (6) 前立腺がん検診			
(4) 子宮がん検診 (7) 肝炎ウイルス検診			
免除申請の理由			
(1) 地方税法の規定による市民税非課税世帯に属する			
(2) 生活保護法の規定による被保護世帯に属する			

※免除決定のために、私の属する世帯の状況を調査することに同意します。

世帯主 氏名 \_\_\_\_\_  
世帯構成員 氏名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

※上記住所以外に免除確認書の郵送を希望される場合  
住所：〒  
  
氏名：