

個人負担金免除申請書

令和 年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所
ふりがな
氏 名
受診者との続柄 ☐ 本人・同一世帯員 ☐ その他
電話番号 () -

次のとおり検診等の個人負担金の免除を申請します。

受 診 者	個人番号						
	住 所	☐ 申請者と同じ 電話番号 () -					
	ふりがな						
	氏 名	☐ 申請者と同じ					
	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)					
検診等の種類		がん検診					
申 請 理 由		☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護受給世帯及び中国残留邦人等支援給付受給世帯					
無料券送付先		☐ 申請者の住所 ☐ 受診者の住所					
個人負担金の免除の審査に当たり、市が必要な世帯の生活保護等の台帳及び所得等に係る公簿を閲覧することに同意します。 受診者氏名							

申請者が本人又は同一世帯員以外の場合は、以下の委任欄をご記入ください。

委 任	
令和 年 月 日	受 診 者 氏 名
私は、次の者を代理人と定め、この申請に係る権限を委任します。	
代 理 人 住 所	氏 名

保健センター記入欄

本人確認	☐ 身分証明書 ☐ その他() ☐ 郵便受取	審査結果	生保 ・ 非課税 ・ 課税						税確認 ／
		無料券 番 号	が	帯	肺	イ	コ	作成者	
			No	分類	No	No	No	No	内容確認者

※がん無料券分類①②の場合乳がん検診無料券を追加