

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 .....

受診者又は被接種者との続柄 ☐ 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。

|                                                                               |                 |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受診者又は被接種者                                                                     | <del>個人番号</del> |                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                               | 住 所             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><br>電話番号 ( ) -                                                                                                                                                                                         |
|                                                                               | ふりがな            |                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                               | 氏 名             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                               | 生年月日            | 大正 年 月 日 (満 歳)<br>昭和<br>平成                                                                                                                                                                                                                |
| 検診等の種類<br>(複数選択可)                                                             |                 | <input type="checkbox"/> がん検診<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹予防接種 (定期接種)<br><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 (定期接種 (※65歳の方のみ))<br><input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 (定期接種)<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種 (定期接種) |
| 申 請 理 由                                                                       |                 | <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯<br><input type="checkbox"/> 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                                                                        |                 | <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 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。<br>受診者又は被接種者氏名 ..... |                 |                                                                                                                                                                                                                                           |

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                       |  |
| 受診者又は被接種者氏名 .....              |  |
| 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 | <input type="checkbox"/> 身分証明書<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 郵便受取 | 審査結果  | 生保 ・ 非課税 ・ 課税 |    |    |    |    | 税確認<br>/ |
|      |                                                                                                     | 無料券番号 | か             | 帯  | 肺  | イ  | コ  | 作成者      |
|      |                                                                                                     |       | No            | 分類 | No | No | No | No       |