□集団

□医療機関

　　　　　　　　　　　健康診断費用減免申請書

令和　　　年　　月　　日

熊野町長　様

私は、上記費用の減額・免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、本申請により、町民税の課税状況または、生活保護の受給状況について、確認されることに同意いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健診を受ける人 | 住所  熊野町 | 生年月日  　　　年　　　月　　　日（満　　　歳） |
| ふりがな | 電話番号 |
| 氏名 |
| 窓口に来た人 | （代理の方は、身分証明書のコピーを添付してください。） | |
| 住所 | 健康診断を受ける人との続柄 |
| ふりがな | 電話番号 |
| 氏名 |
| 減額及び免除申請の理由（申請する事項に○をつけてください）  １．生活保護を受けている世帯に属している。  ２．町民税非課税世帯に属している。 | | |

【注意事項】

* 若年者健康診査は、町民税課税の方は２,０００円、非課税の方は１,０００円です。
* 医療機関健診（各種がん健診）は、非課税の方は無料です。
* 肺がん検診（胸部ヘリカルCT検査）・前立腺がん検診を受診される方で減額及び免除申請をされる場合は、７０歳以上の方も申請が必要です。
* 減額・免除申請の決定通知は、健診受診日までに郵送又は窓口でお渡しします。

＜事務処理欄＞　※申込みがされているか確認してください。金額は決定通知で通知します。

本人確認：保険証・免許証・その他（　　　　　）

窓口に来た人の本人確認：保険証・免許証・その他（　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込み  済　　未 | 発行日  ／　　／ | 発送日  ／　　／ | 発送者（印） | 減免可否 |
| １．生活保護 | 生活保護受給者証　□確認 | | | 減免　・　否 |
| ２．町民税非課税世帯 | 町民税課税状況（健康管理システム）　□確認 | | | 減免　・　否 |
| 検診の種類 | 集団健診（ヘリカルCT・前立腺がん）・医療機関健診（各種がん検査・若年者健康診査） | | | |