

柏市成人健診等自己負担金免除申請書

様式第1号

令和 年 月 日

柏市長 あて

柏市成人健診等費用免除実施要領第4項の規定により、各種検診に係る自己負担金の免除を受けたいので次のとおり申請します。

※太枠内をご記入ください

申請区分 該当に○をつけてください		非課税	生活保護	後期	中国残留邦人等支援受給
申請者 (受診者)	住所	(電話番号 — —)			
	ふりがな				
	氏名	生年月日	大・昭・平	年 月 日(歳)	

世帯調書

本件審査をするにあたり、世帯員全員が世帯状況、課税状況、その他必要な事項に関して調査することに同意します。

世帯員全員が住民税非課税である方→世帯員全員の氏名を記載

生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者又は65歳～69歳で後期高齢者医療被保険者(胃内視鏡検査は減額、骨粗しょう症検査は免除対象外)→記載不要

	氏名	生年月日	続柄	※柏市確認欄	確認者
世帯員			本人	対象 対象外()	
				対象 対象外()	
				対象 対象外()	
				対象 対象外()	
				対象 対象外()	

【必ずお読みください】

- 世帯員全員が今年度※住民税非課税である方、生活保護受給者、65歳～69歳で後期高齢者医療被保険者、中国残留邦人等支援給付受給者が申請できます。(※6月の税情報更新時までは前年度)
- 申請書1枚につき1名の申請となります。2名以上の場合はそれぞれ申請してください。
- 前年度1月1日時点※で柏市以外にお住まいだった方は、原則として前住所地発行の非課税証明書が世帯員全員分必要です。(※6月の税情報更新時までは一昨年度1月1日時点)

柏市処理欄※以下は記入しないでください

発行検診	胃 大腸 肺 乳 子宮 骨そ 歯周病 不承認
発行日	交付方法 郵送 窓口
確認者①	確認者②

收受印

柏市成人健診等自己負担金免除申請書

【記載例】

令和 8年 6月 1日

柏市長 あて

柏市成人健診等費用免除実施要領第4項の規定により、各種検診に係る自己負担金の免除を受けたいので次のとおり申請します。

※太枠内をご記入ください

申請区分 該当に○をつけてください		非課税	生活保護	後期	中国残留邦人等支援受給
申請者 (受診者)	住所	柏市柏下65番地1 (電話番号 04 - 7168 - 3715)			
	ふりがな	かしわ はなこ	生年月日	大	昭・平
	氏名	柏 花子		45年	4月20日(56歳)

世帯調書

本件審査をするにあたり、世帯員全員が世帯状況、課税状況、その他必要な事項に関して調査することに同意します。

世帯員全員が住民税非課税である方→世帯員全員の氏名を記載

生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者又は65歳～69歳で後期高齢者医療被保険者(胃内視鏡検査は減額、骨粗しょう症検査は免除対象外)→記載不要

	氏名	生年月日	続柄	※柏市確認欄	確認者
世帯員			本人	対象 対象外()	
	柏 太郎	S45.5.5	夫	対象 対象外()	
	柏 次郎	H7.7.7	息子	対象 対象外()	
	柏 良子	H12.10.10	娘	対象 対象外()	
				対象 対象外()	

【必ずお読みください】

- 世帯員全員が今年度※住民税非課税である方、生活保護受給者、65歳～69歳で後期高齢者医療被保険者、中国残留邦人等支援給付受給者が申請できます。(※6月の税情報更新時までは前年度)
- 申請書1枚につき1名の申請となります。2名以上の場合はそれぞれ申請してください。
- 前年度1月1日時点※で柏市以外にお住まいだった方は、原則として前住所地発行の非課税証明書が世帯員全員分必要です。(※6月の税情報更新時までは一昨年度1月1日時点)

柏市処理欄※以下は記入しないでください

発行検診	胃 大腸 肺 乳 子宮 骨そ 歯周病 不承認						
発行日	交付方法		郵送 窓口				
確認者①	確認者②						

收受印