

別記

様式第1号（第5条関係）

見本

年 月 日

（あて先） 山形市長

赤文字で書かれているところをご記入ください。

一人一枚ご記入ください。（ご夫婦で受診する場合も一人につき一枚必要です）

申請者（同意者）

住所 山形市 旅籠町2-3-25

氏名 山形 ベニ子

電話番号 (023) 641-1212

健康診査等自己負担金免除申請書

健康診査等自己負担金の免除を受けたいので下記により申請します。また、免除決定に際して、私と住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。 ※太枠内をご記入ください。

1は生活保護、中国残留支援受給者の方で希望する場合は○をつけてください。

受診者	住所	山形市旅籠町2-3-25			世帯主	本人
	氏名	山形 ベニ子	生年月日	S41年9月6日 (52歳) <small>年度末年齢</small>		
免除申請の理由	1 生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付を受けている者の属する世帯 2 市民税非課税世帯					
検診等の種類及び検診等の月日 (○で囲み、検診等の月日を記入)	検診等の種類	検診等の月日	検診等の種類	検診等の月日		
	① 健康診査等 ② 肝炎ウイルス検診 ③ 胃がん検診 ④ 大腸がん検診 ⑤ 呼吸器検診	5月16日	⑥ 子宮がん検診 ⑦ 乳がん検診	6月18日		
		検診等の場所 山形市役所		検診等の場所 〇〇医院		
歯周疾患検診	検診月日	月 日	歯科医療機関名			
世帯構成	世帯員の氏名	生年月日	課税状況	世帯員の氏名	生年月日	課税状況
	山形 ベニ子	S41.9.6	課・非			課・非
	山形 ベニ太	S40.7.31	課・非			課・非
	山形 花子	S10.5.28	課・非			課・非

受診者本人も含め世帯全員の名前をご記入ください

記入しないでください

- \* 確認欄 A・B
- \* 検診等の方式
  - ・集団方式による検診等
  - ・ミニドック検診等（済生館・山形市医師会健診センター）
  - ・個別方式による検診等（医療機関名）

交付担当者： 生活福祉課担当者： 確認表交付（ ）