

- ①この申請書を、検診を受診する前に市へ提出してください。
- ②申請書の受理後、住民税の課税状況を確認させていただき、免除の対象となる方には、免除申請をされた検診の種類ごとに「がん検診一部負担金免除証明書」を作成しお送りします（発行に約2週間かかります）。
- ＊この申請書を医療機関や検診機関に提出しても、免除にはなりませんのでご注意ください。
- ＊検診受診後に申請しても、一部負担金の返還はできませんのでご注意ください。
- ＊税の申告をされていないと、課税状況が確認できず、証明書の発行ができない場合があります。

平成25年度 がん検診一部負担金免除申請書

平成 年 月 日

（あて先）清瀬市長

（申請者）住 所：_____

氏 名：_____ ⑩

電話番号：_____

次のとおり、一部負担金の免除を受けたいので申請します。

対 象 者	住 所		清瀬市	
	1	氏 名		生 年 月 日
		検診の種類	胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん・前立腺がん	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	2	氏 名		生 年 月 日
		検診の種類	胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん・前立腺がん	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	3	氏 名		生 年 月 日
検診の種類		胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮がん・前立腺がん	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
免 除 理 由		住民税非課税世帯に属するため（住民票上の同じ世帯の方全員が非課税のため）		
申請に係る 同意条項		交付要件確認のため、清瀬市職員が、申請者及び必要な同一世帯に属する者の所得状況などを確認することについて署名し、同意いたします。 署名 _____		

※申請者と対象者が同じ場合、対象者の住所・氏名は省略できます。

※申請者と対象者が異なる世帯の場合、委任状に記入・押印が必要です。

委任状 私は、申請者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任します。

（委任者） 1 住 所：清瀬市 _____

氏 名：_____ ⑩

2 住 所：清瀬市 _____

氏 名：_____ ⑩

3 住 所：清瀬市 _____

氏 名：_____ ⑩