様式第１（第４条関係）

No.＿＿＿＿＿＿

受診料（自己負担金）免除証明願

（宛先）津　島　市　長

住　　所

氏　　名

電話番号

続　　柄　（　　）

下記検診等を受診するため、受診料（自己負担金）免除証明書の交付を願い出ます。

なお、この申請に基づき、関係機関において課税状況等の確認がなされることに同意します。

受診者住所	津島市　　町		□同上
受診者氏名			□同上
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日	電話	□同上

記

区　分	受　診	区　分	受　診	
骨粗鬆症検診（集団） ※該当年齢の女性のみ		肝炎ウイルス検診	※クーポン要件確認	有効期間＝申請日～検診期間
胃がん検診		肺がん検診		
胃がんリスク検診		大腸がん検診		
子宮がん検診 ※女性、２年に１回の受診	※クーポン要件確認	前立腺がん検診 ※男性、３年に１回の受診	※クーポン要件確認	
乳がん検診 ※女性、２年に１回の受診	※クーポン要件確認	眼科検診 ※３年に１回の受診	※クーポン要件確認	
歯科健診	※クーポン要件確認	健康増進法による健康診査 ※生活保護世帯の方のみ	※OCR 受診券発行	

※受診する検診等について、「受診」欄に〇印を記入してください。

委任欄　**私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。**

委任者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

備考	郵送　：　発行日（　　／　　）　発送日（　　／　　）
本人確認	ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　・　免許証　・　保険証　・　診察券　・　その他 （　　）

※骨粗しょう症検診の場合は、広報で日時を確認後に申込みが必要な旨伝えること。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。