

本人が申請する場合の記入例

成人検診自己負担金免除申請書

令和 8年 5月 30日

石狩市長 様

住所 石狩市花川北6条1丁目41番地1

申請者 氏名 石狩 花子

電話番号 (0133) 72 - 6124

石狩市が実施する成人検診の自己負担金の免除を受けたいので申請いたします。

対象者 (受診者)	フリカ`ナ	イシカリ ハナコ	生年 月日	昭和 54 年 1 月 1 日		
	氏名	石狩 花子		※検診日 時点の年齢	47 歳	
	住所	石狩市 花川北6条1丁目41番地1				
	保険区分 ※ <input checked="" type="checkbox"/> マーク を記入	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input checked="" type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 生活保護等				
	受診を 希望する 検診 ※ <input checked="" type="checkbox"/> マーク を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 一般健康診査 (39 健診)				
	検診予定日 場所	① R8年 6月28日 (南コミ・集団健診 胃・肺) ② R8年 11月未定日 (△△クリニック 乳)				
免除理由 ※ <input checked="" type="checkbox"/> マーク を記入	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護者世帯に属する <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等 及び特定配偶者の自立の支援に関する法律 (平成6年法律第30号) に よる被支援世帯に属する <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する <input type="checkbox"/> その他 ()					
申請に係る 同意条項	本申請の事実確認のため、石狩市職員が、対象者及び必要な同一世帯に属する者の課税 状況等を確認することについて同意し、署名いたします。 対象者自署 (押印不要) → 対象者署名 石狩 花子					

※申請者と対象者 (受診者) が異なる場合、下記の委任状に記入・押印が必要です。

委任状	<p>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。</p> <p>(委任者) 住所 _____</p> <p>氏名 _____ ⑤ 申請者との関係 (続柄) _____</p>
-----	---

※以下、市役所記入欄 (ここからは記入しないでください。)

受付日	年 月 日	担当者	結果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	処理日	年 月 日
確認事項	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯	確認先 (課 担当者	課	確認日	年 月 日	

代理人が申請する
場合の記入例

成人検診自己負担金免除申請書

令和 8年 5月 30日

石狩市長 様

住所 石狩市花川北6条1丁目41番地1
申請者 氏名 石狩 太郎
電話番号 (0133) 72 - 6124

石狩市が実施する成人検診の自己負担金の免除を受けたいので申請いたします。

対象者 (受診者)	フリカ`ナ	イシカリ ハナコ	生年	昭和 54 年 1 月 1 日	
	氏名	石狩 花子	月日	※検診日 時点の年齢	47 歳
	住所	石狩市 花川北6条1丁目41番地1			
	保険区分 ※ <input checked="" type="checkbox"/> マーク を記入	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input checked="" type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 生活保護等			
	受診を 希望する 検診 ※ <input checked="" type="checkbox"/> マーク を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 一般健康診査 (39 健診)			
	検診予定日	① R8年 6月28日 (南コミ・集団健診 胃・肺)			
	場所	② R8年 11月未定日 (△△クリニック 乳)			
免除理由 ※ <input checked="" type="checkbox"/> マーク を記入	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護者世帯に属する <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等 及び特定配偶者の自立の支援に関する法律 (平成6年法律第30号) に よる被支援世帯に属する <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する <input type="checkbox"/> その他 ()				
申請に係る 同意条項	本申請の事実確認のため、石狩市職員が、対象者及び必要な同一世帯に属する者の課税 状況等を確認することについて同意し、署名いたします。 対象者自署 (押印不要) → 対象者署名 石狩 花子				

※申請者と対象者 (受診者) が異なる場合、下記の委任状に記入・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) 住所 石狩市花川北6条1丁目41番地1 氏名 石狩 花子 (印) 申請者との関係 (続柄) 妻
-----	---

※以下、市役所記入欄 (ここからは記入しないでください。)

↑ 押印必要 ↑

受付日	年 月 日	担当者	結果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	処理日	年 月 日
確認事項	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯	確認先 (課) 担当者	課	確認日	年 月 日	