

がん検診等無料券交付申請書

(あて先) さいたま市長

次によりがん検診等無料券の交付を申請いたします。また、申請にあたり、世帯全員の市民税課税状況の確認をすることに同意します。

※太線の枠内を記入してください。
※該当する口に✓をしてください。

		申請日	年	月	日
窓口に来られた方 (申請者)	住所	さいたま市 区			
	フリガナ				
	氏名			電話番号	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	無料券が必要な方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 別居の親族 <input type="checkbox"/> その他 () ※本人または同居の親族以外の方は、委任状が必要です。			

※窓口に来られた方は本人確認ができるものを提示してください。
※窓口での申請は、本人確認ができれば押印が省略できます。
※郵送による申請の場合は、必ず押印してください。

I 申請理由 市民税非課税世帯に属するため

II 検診等を受診する人の属する世帯の状況

続柄	氏名	生年月日
		明・大・昭・平・令 年 月 日
		明・大・昭・平・令 年 月 日
		明・大・昭・平・令 年 月 日
		明・大・昭・平・令 年 月 日
		明・大・昭・平・令 年 月 日

III 検診等を受診する人・検診の種類

検診等を受診する人 検診の種類	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方と同じ (✓をすれば記入不要)			
	フリガナ				
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方と同じ (✓をすれば記入不要)		電話番号	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	検診等の種類	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん・結核検診 (X線検査・喀痰検査) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸部・体部) <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (視触診・マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 <input type="checkbox"/> 成人歯科健康診査 <input type="checkbox"/> フッ化物塗布			

※注意事項

- 市民税非課税世帯とは、**世帯全員の方が非課税である場合をいいます**。本人が非課税であっても、家族の方(夫・妻・子供等)が課税されている場合は該当しませんので、ご了承ください。
- 市民税の申告をされていない場合は、課税課で申告された後に、がん検診等無料券の申請をしてください。

上記がん検診等無料券を受領しました。	本人
氏名 (印)	代理人

受付者	窓口
	郵送

<備考>	本人確認欄
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()

※同一世帯の方の無料券を申請する場合にこの様式を御使用ください。

※本人または同居の親族以外の方が申請する場合はそれぞれ委任状が必要です。

検診等を受診する人 検診の種類	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	フリガナ		電話番号	
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	検診等の種類	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん・結核検診 (X線検査・喀痰検査) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸部・体部) <input type="checkbox"/> 成人歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (視触診・マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> フッ化物塗布

検診等を受診する人 検診の種類	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	フリガナ		電話番号	
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	検診等の種類	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん・結核検診 (X線検査・喀痰検査) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸部・体部) <input type="checkbox"/> 成人歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (視触診・マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> フッ化物塗布

検診等を受診する人 検診の種類	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	フリガナ		電話番号	
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	検診等の種類	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん・結核検診 (X線検査・喀痰検査) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸部・体部) <input type="checkbox"/> 成人歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (視触診・マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> フッ化物塗布

検診等を受診する人 検診の種類	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	フリガナ		電話番号	
	氏名	<input type="checkbox"/> 窓口に來られた方と同じ (☑をすれば記入不要)		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	検診等の種類	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん・結核検診 (X線検査・喀痰検査) <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 (頸部・体部) <input type="checkbox"/> 成人歯科健康診査	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (視触診・マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> フッ化物塗布

保健センター確認欄		
窓口・郵送	確認者	<input type="checkbox"/> 世帯全員が非課税 ⇒ 2に進む
	所属長確認	1 <input type="checkbox"/> 世帯内に課税者あり、 <input type="checkbox"/> 世帯内に未申告者あり、 <input type="checkbox"/> 年1月2日以降、他市町村より転入、 <input type="checkbox"/> その他 (生活保護等) } 交付不可
		2 <input type="checkbox"/> 申請者及び保健システムで今年度、当該検診等を受診していないことを確認した
	3 <input type="checkbox"/> 対象の年齢であることを確認した	