

### 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				
	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。

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・西暦 年 月 日
		明・大・昭 平・令・西暦 年 月 日
		明・大・昭 平・令・西暦 年 月 日
		明・大・昭 平・令・西暦 年 月 日
		明・大・昭 平・令・西暦 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	住所	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方と同じ (✓をすれば記入不要) さいたま市 区			
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方と同じ (✓をすれば記入不要)			
	氏名				
	生年月日	昭・平・西暦	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			

#### ※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、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 _____	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"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※表面の方と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。  
※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	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	昭・平・西暦	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					

検診等を受診する人	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	昭・平・西暦	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					

検診等を受診する人	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	昭・平・西暦	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					

検診等を受診する人	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	昭・平・西暦	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					

保健センター確認欄		
窓口・郵送	確認者	1 <input type="checkbox"/> 保健システムで、市民であること、希望する検診が対象であることを確認した。 また、口頭で申請者に、年度内に受診していないことを確認した。
	所属長確認	2 <input type="checkbox"/> 保健システムで、以下の年度末年齢や資格に該当しないことを確認した。 * 70歳以上の方 (肺がん・結核検診は65歳以上の方) * 65~70歳未満の後期高齢者医療保険者 * 検診初年度対象者(子宮がん:20歳)(胃・肺・大腸・乳・成人歯科:40歳) 注) 該当の方は無料券不要。受付時に、医療機関窓口で年齢や資格が確認できるものを提示して無料となる。
		3 <input type="checkbox"/> 税システムで、世帯全員が非課税であることを確認した。 ⇒ <b>無料券交付</b> <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。非課税証明書未持参のため、案内済。 <input type="checkbox"/> その他 (生活保護、中国残留邦人等)

} 交付不可