年　　月　　日

別記様式（第5条関係）

丸亀市長　　宛

がん検診等自己負担金免除申請書

がん検診等の自己負担金免除の適用を受けたいので、申請します。

なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の生活保護の資格を確認されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  請  者 | 住　所 | | | | | 丸亀市　　　　町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　月　日生 |
| 個人番号 | | | | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 検診の種類 | | | | | 該当する区分を○で囲んでください。  　胃　　肺　　大腸　　子宮頸　　乳　　前立腺　肝炎ウィルス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代  理  人 | 住　所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　月　日生 |
| 免除該当区分 | | | | | | * 生活保護法による被保護世帯に属する者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同  一  世  帯  に  属  す  る  者 | 氏　　　　　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | 住　　所 | |
| 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 丸亀市 | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 丸亀市 | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 丸亀市 | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 丸亀市 | |
|  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |

備考１　枠内の事項を記入してください。

　　２　申請に際しては、本人確認書類及び個人番号が確認できる書類を提示してください。

　　３　代理人が申請書を提出する場合は、代理人の代理権を証明する書類及び代理人の本人確認書類をあわせて提示してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発行NO． |  | 生保確認画面添付 |  | 担当者名 |  |
| 本人確認書類 | 個人番号カード　・　運転免許証　・　その他（　　　　　　　 　　　　　） | | | | |

こちらから下は、記入しないでください。