

健（検）診・予防接種自己負担金免除申請書

近江八幡市長 様

申請者
氏名

（署名又は記名押印）

健（検）診・予防接種名	<input type="checkbox"/> 39歳以下健診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 一般健診		
健（検）診・予防接種を受ける者の氏名、生年月日、個人番号	氏名	生年月日	個人番号
世帯構成員名 受診者と生計を一にしている 人全員の氏名 生年月日 個人番号	氏名	生年月日	個人番号
住所	近江八幡市		
電話番号			
医療機関名			
健（検）診受診・予防接種予定日	年 月 日		
自己負担金免除申請にあたっての 資格要件	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する者		

※生活保護法による被保護者名簿又は市県民税課税状況の公募の閲覧に関し、その申請権限を健康推進課長に委任します。

※この予防接種の接種費用助成金の請求及び受領に関して、接種を受けた医療機関に一切の権限を委任します。