

（あて先）小松市長

申請者 住所  
氏名  
電話  
続柄（本人 その他（ ））

健康診査費用一部負担金免除証明書交付申請書

免除を受けようとする者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（生年月日： 年 月 日生）	
	申請者と異なる場合	住所：
		氏名：（世帯主名） （生年月日： 年 月 日生）
今年1月1日時点の住所 <input type="checkbox"/> 小松市 <input type="checkbox"/> 小松市以外		
健康診査費用一部負担金免除の決定に必要な所得調査に同意します <input type="checkbox"/>		
免除を受けようとする理由	市民税非課税世帯	
	事業名	申請
	胃がん（バリウム）検診	
	胃がん（内視鏡）検診	
	肺がん・結核検診（レントゲン検査）	
	大腸がん検診（病院）	
	大腸がん検診（集団）	
	乳がん検診（病院）	
	乳がん検診（集団）	
	子宮がん検診（病院）	
	子宮がん検診（集団）	
	前立腺がん検診（病院）	
	前立腺がん検診（集団）	
	肝炎ウイルス検診（病院）	
	肝炎ウイルス検診（集団）	
	成人歯科口腔健康診査	

健康診査費用一部負担金免除証明書の交付について、上記のとおり申請します。