

青森市がん検診等受診料免除申請書

太枠内をご記入ください

令和 年 月 日

青森市長 宛

私は、市民税非課税世帯に該当するため、青森市健康増進事業におけるがん検診等に係る受診料の免除を申請します。

なお、申出内容の確認のため、当該世帯員の市民税課税情報の閲覧に同意します。

申請者	住所	
	氏名	
	生年月日	
	電話番号	

※代筆された場合は、下記にご記入ください。（医療機関、施設のかたの代筆は、施設名をお願いします。）

代筆者	氏名	
	申出者との関係	
	施設名	

※青森市記入欄(こちらには記入しないでください。)

申請区分	決裁		
窓口・郵送	課長	TL	担当

切り取り

様

青森市がん検診等受診料免除チケット

令和 年 月 日に申請のあったこのことについて、市民税非課税世帯であることを確認できたため、がん検診等の受診料を免除します。

こちらのチケットは検診機関の窓口で提示してください。提出は不要のため、利用期限まで使用可。（紛失された際には再発行が必要）

青森市で実施している検診以外の検診や、対象外のかたの検診については、こちらのチケットは利用できません。

年度内に、同じ種類の検診を2回以上受診したことが確認された場合は、2回目以降はがん検診等に係る受診料を全額ご負担していただきます。

令和 年 月 日 青森市長

利用期限: 令和 年 月 日

担当者 確認印