

令和6年度(2024年度)がん検診等無料受診券交付申請書兼同意書

(あて先) 枚方市長

私は、この度、枚方市が実施するがん検診等を受けるにあたり、下記の理由により検診料等の免除を申請します。

なお、申請理由が市民税非課税世帯の場合、担当職員が市民税課税台帳の閲覧等により申請日現在で最新年度の課税状況を確認することに同意します。

また、申請理由が生活保護受給者等の場合、担当職員が生活保護受給状況を確認することに同意します。

※太枠内を漏れなく記入してください。

令和 年 月 日

受診者	住所	枚方市			
	(フリガナ)				
	氏名			電話番号	
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	年齢	歳

申請理由

該当する番号に○をしてください。

※受診日時点で該当している必要があります

- 生活保護受給者
- 市民税非課税世帯
- 中国残留邦人等支援給付者

(注) 申請理由が市民税非課税世帯で、令和6年1月2日以降に転入された人は、世帯全員の最新年度の非課税証明書が必要です。

該当確認 日付 / 確認者 市記入欄

受診者と申請者が異なる場合のみ、下記申請者欄記入してください。

申請者	住所			(事業所の場合、事業所名・TEL)
	(フリガナ)			
	氏名	(続柄)	TEL ()	—

●無料受診券の交付を希望される項目に○印を記入してください。

○印欄	検診等項目	対象
	胃がん検診	<胃部X線(バリウム)検査>35歳以上の人 <内視鏡検査>50歳以上で令和6年(2024年)4月1日時点の年齢が偶数年齢の人
	肺がん検診	40歳以上の人
	大腸がん検診	40歳以上の人
	乳がん検診	40歳以上の女性 令和6年(2024年)4月1日時点の年齢が偶数年齢の人 もしくは、乳がん検診特例受診の対象者
	子宮頸がん検診	20歳以上の女性
	前立腺がん検診	50歳以上の男性
	ピロリ菌検査	満35歳~60歳(61歳になる前日まで)の枚方市民で、過去に一度も枚方市のピロリ菌検査を受けたことがない人
	肝炎ウイルス検診	40歳以上で、肝炎ウイルス検診を受けたことがない人
	歯周病検診	受診日時点で満20・25・30・35・40・45・50・55・60・65・70歳の人