

令和3年度(2021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
----	---	---	---

被 検 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

※被検者（がん検診等を受ける人）と申請者が同じ場合は、申請者欄の記入は不要です。

申 請 者	住 所	(事業所名)		
	(フリガナ)			
	氏 名	(続柄)	TEL () -	

申請理由	該当する番号に○をしてください。	申請理由が市民税非課税世帯で、令和3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。
※接種日時点で該当している必要があります	<ol style="list-style-type: none"> 1. 生活保護受給者 2. 市民税非課税世帯 3. 中国残留邦人等支援給付者 	
該当確認	日付 / 確認者	

●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。

無料受診券は、枚方市取扱医療機関以外では使用できません。受診前にご申請の上、対象年齢・実施期間内にご使用ください。

○印欄	検 診 等 項 目	対 象 受診日時点で下記に該当し、枚方市に住民票がある人
	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3年(2021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3年(2021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 <input type="checkbox"/> 受診歴なし
	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 <input type="checkbox"/> 受診歴なし
	歯 周 病 検 診	満 35・40・45・50・55・60・65・70 歳の人 <input type="checkbox"/> 前年度発行・受診歴なし