

令和7年度（2025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。

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<br>番号 |   |   |   |   |                          |
|      | 生年月日                                   | 大                                                                                                                                                                                         | ・ | 昭 | ・        | 平 | 年 | 月 | 日 | 年 齢                      |
| 申請理由 | 該当番号に○をしてください。<br><br>※受診日時点での該当が必要です。 | 1. 生活保護受給者 → ※ご確認の上、□に✓をお願いします<br>申請にあたり、生活保護受給状況を確認することに同意します。                                                                                                                           |   |   |          |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> |
|      |                                        | 2. 市民税非課税世帯<br>※令和7年1月2日以降に転入等をした人は、枚方市で課税状況が確認できないため、世帯全員の最新年度の市民税非課税証明書を提出してください。 → ※ご確認の上、□に✓をお願いします<br>申請にあたり、市民税課税台帳の閲覧等（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステムでの照会含む）により、最新年度の課税状況を確認することに同意します。 |   |   |          |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> |
|      |                                        | 3. 中国残留邦人等支援給付者 → ※申請には証明書添付が必要。                                                                                                                                                          |   |   |          |   |   |   |   |                          |

|      |    |   |     |         |       |
|------|----|---|-----|---------|-------|
| 該当確認 | 日付 | / | 確認者 | □クーポン確認 | ←市記入欄 |
|------|----|---|-----|---------|-------|

↓受診者（検診等を受ける人）と申請者が異なる場合のみ記入してください。

|     |        |       |  |                                    |
|-----|--------|-------|--|------------------------------------|
| 申請者 | 住 所    |       |  | (事業所の場合、事業所名・TEL)<br><br>TEL ( ) — |
|     | (フリガナ) |       |  |                                    |
|     | 氏 名    | (続柄 ) |  |                                    |

●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<br>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                                            | どちらか一回のみ |
|     |                 | <内視鏡検査>50歳以上で令和7年(2025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7年(2025年)4月1日時点の年齢が偶数年齢の人<br>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<br>□履歴確認   |          |
|     | 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<br>□履歴確認                               |          |
|     | 菌 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<br>※各年齢で1回のみ<br>□履歴確認 |          |

※この用紙は無料券の申請書であり、無料券として使用はできません。