

(宛先) 小金井市長

小金井市がん検診自己負担金証明書交付申請書

(申請者) 住 所： _____
 氏 名： _____
 電話番号： _____

下記のとおり、対象者のがん検診自己負担金証明書の交付を申請します。

記

| | | | | |
|-------|----|----------------------------------|-----------------------|-------|
| 対象者 | 住所 | 小金井市 | | |
| | 1 | 氏名 | | 生年月日 |
| | | 検診の種類 | 胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がん | 年 月 日 |
| | 2 | 氏名 | | 生年月日 |
| 検診の種類 | | 胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がん | 年 月 日 | |
| 理由 | | 住民税非課税世帯に属するため（世帯員の全員が住民税非課税のため） | | |

| | | |
|-----------|---|----|
| 申請に係る同意事項 | 交付要件確認のため、申請者及びその同一世帯に属する者の所得状況等を確認することについて同意し、署名します。 | 署名 |
|-----------|---|----|

※申請者と対象者が同一の場合、対象者の住所及び氏名は省略可能です。
 ※申請者と対象者が異なる世帯の場合、以下の委任状に記入及び押印が必要です。

委任状 私は、申請者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任します。

(委任者) 1 住所：小金井市 _____

氏名： _____ (印)

2 住所：小金井市 _____

氏名： _____ (印)

注意事項

- 1 この申請書を、検診を受診する前に市へ提出してください。
 - 2 申請書の受理後、住民税の課税状況を確認させていただきます。確認の結果、小金井市がん検診自己負担金証明書又は小金井市がん検診自己負担金免除不承認通知書を発行いたします（発行に約2週間かかります。時間に余裕をもって申請してください。）。
- * この申請書を医療機関又は検診機関に提出しても、無料にはなりませんので御注意ください。
 - * 検診受診後に申請しても、自己負担金の返還はできませんので御注意ください。必ず検診受診前に申請してください。
 - * 税の申告をされていないと、課税状況が確認できず、証明書の発行ができない場合があります。