

柏市成人健診等自己負担金免除申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

柏市成人健診等費用免除実施要領第4項の規定により、各種検診に係る自己負担金の免除を受けたいので次のとおり申請します。

※太枠内をご記入ください

| | | | | |
|----------------------|------|-------------|------------|----|
| 申請区分 該当に○をつけてください | | 非課税 | 生活保護 | 後期 |
| 申請者 (受診者) | 住所 | (電話番号 — —) | | |
| | ふりがな | 生年月日 | 大・昭・平 | |
| | 氏名 | 年月日 | 年 月 日 (歳) | |

世帯調書

本件審査をするにあたり、世帯員全員が世帯状況、課税状況、その他必要な事項に関して調査することに同意します。

世帯員全員が非課税若しくは生活保護を受けている方→世帯員全員の氏名を記載

65歳～69歳で後期高齢者医療被保険者の方(胃がん検診(医療機関で受診)及び骨粗しょう症検査は対象外)→記載不要

| | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | ※柏市確認欄 | 確認者 |
|-----|----|------|----|------------|-----|
| 世帯員 | | | 本人 | 対象 対象外 () | |
| | | | | 対象 対象外 () | |
| | | | | 対象 対象外 () | |
| | | | | 対象 対象外 () | |
| | | | | 対象 対象外 () | |
| | | | | 対象 対象外 () | |

【必ずお読みください】

- 世帯員全員が令和7年度住民税非課税の方が申請できます。
- 申請書1枚につき1名の申請となります。2名以上の場合はそれぞれ申請してください。
- 令和7年1月1日時点で柏市以外にお住まいだった方は原則として前住所地発行の非課税証明書が世帯員全員分必要になります。(税情報更新時までは令和6年1月1日時点)

柏市処理欄※以下は記入しないでください

| | |
|------|-----------------------|
| 発行検診 | 胃 大腸 肺 乳 子宮 骨そ 歯周 不承認 |
| 発行日 | 交付方法 郵送 窓口 |
| 発行者 | 確認者 |

収受印

柏市成人健診等自己負担金免除申請書

【記載例】

令和7年4月21日

柏市長 あて

柏市成人健診等費用免除実施要領第4項の規定により、各種検診に係る自己負担金の免除を受けたいので次のとおり申請します。

※太枠内をご記入ください

申請区分
該当に○をつけてください

非課税 生活保護 後期

| | | | | |
|--------------|------|---------------------------------------|------|------------------|
| 申請者 (受診者) | 住所 | 柏市 柏5-10-1 (電話番号 04 - 7168 - 3715) | | |
| | ふりがな | かしわ たろう | 生年月日 | 大・昭・平 |
| | 氏名 | 柏 太郎 | | 37年 3月 9日 (63 歳) |

世帯調書

本件審査をするにあたり、世帯員全員が世帯状況、課税状況、その他必要な事項に関して調査することに同意します。

世帯員全員が非課税若しくは生活保護を受けている方→世帯員全員の氏名を記載

65歳～69歳で後期高齢者医療被保険者の方(胃がん検診(医療機関で受診)及び骨粗しょう症検査は対象外)→記載不要

| | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | ※柏市確認欄 | 確認者 |
|-----|------|----------|----|-----------|-----|
| 世帯員 | | | 本人 | 対象 対象外() | |
| | 柏 花子 | S39.2.15 | 妻 | 対象 対象外() | |
| | 柏 次郎 | H17.4.10 | 息子 | 対象 対象外() | |
| | 柏 梅子 | R2.10.10 | 娘 | 対象 対象外() | |
| | | | | 対象 対象外() | |
| | | | | 対象 対象外() | |

【必ずお読みください】

- 世帯員全員が令和7年度住民税非課税の方が申請できます。
- 申請書1枚につき1名の申請となります。2名以上の場合はそれぞれ申請してください。
- 令和7年1月1日時点で柏市以外にお住まいだった方は原則として前住所地発行の非課税証明書が世帯員全員分必要になります。(税情報更新時までは令和6年1月1日時点)

柏市処理欄※以下は記入しないでください

| | |
|------|-----------------------|
| 発行検診 | 胃 大腸 肺 乳 子宮 骨そ 歯周 不承認 |
| 発行日 | 交付方法 郵送 窓口 |
| 発行者 | 確認者 |

収受印