

上越市健康診査徴収金免除申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

申請人 (受診者)

〒

住 所

氏 名

生年月日 (年齢 歳※1)

※1 令和8年3月31日時点の年齢

電話番号

上越市健康診査徴収金徴収規則第4条第2項の規定により、次のとおり必要書類(同条第1項に該当することを証明するもの)を添えて免除を申請します。

免除理由	<input type="checkbox"/> 市民税の非課税世帯に属するため <input type="checkbox"/> その他市長が特に必要と認めたため			
		70歳未満※2	70歳以上※2	備考
免除内容 (受診内容)	特定健康診査	<input type="checkbox"/> 1,500円	(無料)	
	市民健康診査			
	肝炎ウイルス検診	<input type="checkbox"/> 700円	(無料)	
	前立腺がん検診	<input type="checkbox"/> 2,400円	(無料)	男性
	胃がん検診	<input type="checkbox"/> 1,000円	(無料)	
	大腸がん検診	<input type="checkbox"/> 400円	(無料)	
	肺がん・結核検診	<input type="checkbox"/> 300円	(無料)	
	胸部レントゲン検査			
	たん検査	<input type="checkbox"/> 1,000円	(無料)	
	胸部CT検査	<input type="checkbox"/> 6,400円	<input type="checkbox"/> 6,400円	
	子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> 1,200円	(無料)	女性
	子宮頸がん検診(医療機関)	<input type="checkbox"/> 2,300円	(無料)	〃
	乳がん検診	<input type="checkbox"/> 1,600円	(無料)	〃
	※2 令和8年3月31日時点の年齢			
定められた徴収金 (免除申請額)	円			

【個人情報の取扱いに関する同意書】

本申請に係る審査に必要な個人情報(住所、氏名、世帯の市民税課税の有無など)について、担当職員がその内容を確認することについて承諾します。

令和 年 月 日

(同意者)

署名の場合は押印不要

担当課	課	(免除該当)	有・無
-----	---	--------	-----