

様式第 1 (第 2 条関係)

個人負担金の決定に関する届出書

安城市長

健康診査等の個人負担金に関し、次のとおり届け出ます。

なお、届出に当たり、生活保護台帳、市民税課税台帳、中国残留邦人等支援給付台帳その他届出内容の確認に必要な資料を市長が閲覧することについて、同意します。

		届出年月日	年 月 日
①届出者 (免除を受ける人)	住 所	安城市 町 (TEL)	
	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
②届出内容 届け出るものにレ点を付けてください。	<input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 ※市民ドックを受診する今年度40・45・50・55・60・65歳の女性 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹予防接種 <input type="checkbox"/> 産後ケア		
③現況 該当するものにレ点を付けてください。	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者である。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属している。 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付者である。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

【以下の届出をされる際は必ず添付をしてください】

- ・がん検診：受診券
- ・産後ケア：産後ケア事業利用申請書
- ・高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種・高齢者带状疱疹：予診票兼接種券

《問合せ・申請書送付先》安城市保健センター (TEL) 0566-76-1133

〒446-0045 安城市横山町下毛賀知 106 番地 1

【事務処理欄】 処理日：令和 年 月 日 確認者 _____
宛名番号： 審査結果： 該当 ・ 非該当 (理由)