

受診料免除申請兼償還払請求書

年 月 日

高 取 町 長 様

申請者 住所：
氏名： (受診者との続柄：) 印

※同一世帯員以外の方が申請来所される場合は裏面の委任状が必要です。
また、代理人の本人確認が必要です。

※申請者が受診者本人の場合は受診者住所、氏名省略可

住 所： 高取町大字
受診者 氏 名：
電話番号：

高取町がん検診実施要綱第13条（受診料の免除）により申請します。
免除を申請する理由（該当するものに○をつけてください。）

①	生活保護による被保護世帯または、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯に属する者
②	市町村民税非課税世帯に属する者

※申請理由①（生活保護世帯等）の方は、次に裏面をご記入ください。

申請理由②（市町村民税非課税世帯に属する者）の方はこれより先をご記入ください。

高取町がん検診実施要綱第13条第3項により、下記のとおり請求します。
なお、支払い金額については次の口座に振り込んでください。

受診医療機関： _____
請求金額： _____
ただし、 年 月分

あてはまる検診に○印をつけてください。

検診名	限度額
【個別検診】胃がん検診（胃内視鏡検診）	5,000 円
【個別検診】肺がん検診（胸部エックス線検査）	1,500 円
【個別検診】肺がん検診（胸部エックス線検査及び喀痰検査）	2,200 円
【個別検診】大腸がん検診	1,200 円
【個別検診】子宮がん検診（頸部）	2,000 円
【個別検診】子宮がん検診（頸部及び体部）	3,500 円
【個別検診】乳がん検診	3,000 円

振込先口座	銀行・農協 信用金庫	本店 支店 出張所	口座番号
	金融機関	店舗番号	
種別	普通 当座	口座名義人	ふりがな

※同一世帯員以外の方の口座に振り込みを希望される場合は裏面の委任状が必要です。

※請求できるのは、受診された年度の末日までです。

個人番号の確認	【番号提供】・個人カード ・通知カード ・住民票 【提供なし】 ・住基確認
町職員記入欄： 【受診者・代理人】 本人確認欄	① ・個人カード ・運転免許 ・旅券 ・身障手帳【身体 ・ 精神】 ・その他（ ）
	② ・通知カード ・保険証 ・年金手帳 ・源泉徴収票 ・生保受給証明 ・その他（ ）

※②は書類が2つ必要

世帯状況及び課税状況調査

高取町がん検診実施要綱第13条（受診料の免除）に係る世帯状況及び市町村民税課税状況等確認

- 1 世帯状況 住民基本台帳又は住民記録システムによる調査
- 2 市町村民税課税状況 市町村県民税課税台帳による調査
- 3 生活保護等認定状況 生活保護受給者一覧による閲覧調査

《記入上の注意》 同意する者（18歳以上の者）が自ら署名を行うこと。
 代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。

世帯	世帯構成員名		続柄	性別	生年月日	個人番号	備考
1	受診者		本人				
2	受診者の属する世帯構成員						
3							
4							
5							
6							
7							
8	世帯外扶養義務者	氏名					
		住所					
9		氏名					
		住所					

※「世帯構成員」には、受診者本人と生計を一にしている者、本人含めて全員を記載してください。
 ※「世帯外扶養義務者」の欄には世帯構成員以外で現に受診者本人に対して扶養を行っている扶養者がいる場合のみ記載してください。

町職員記入欄： 調査結果 【 市町村民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯 ・ 非該当 】

委任状

年 月 日

高取町長 様

私は、（【申請代理人氏名】）を代理人と定め次の権限を委任する。
 受診料免除申請及び償還払請求に関すること。

私は、（【償還払金受領代理人氏名】）を代理人と定め次の権限を委任する。
 償還払金の受領に関すること。

受診者 住所：高取町大字
 氏名： (印)

申請代理人 住所：
 氏名： (続柄) (印)

償還払金受領代理人 住所：
 氏名： (続柄) (印)