

【記入例】

申請される時は、「無料申請書」と「本人または代理人の確認書類」の両方を持参ください。
 郵送の場合は、記入済み無料申請書と「本人確認書類のコピー（代理申請の場合は代理人の本人確認書類のコピー）」を同封してください。

別記様式第1号(第11条関係)

福知山市健康診査及びがん検診等無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市健康診査及びがん検診等の無料制度を受けたいので、下記の事項に同意の上、申請します。

- ① 申請に当たり、下記の健診申込者及び同一世帯員から、福知山市健康医療課が福知山市健康診査及びがん検診等に係る事務手続を処理するために限って、課税台帳の閲覧、調査、地方税関係情報について取得することに同意します。
- ② 申請に当たり、4月及び5月の申請にあっては前年度6月1日時点、6月から翌年3月までの申請にあっては当該年度6月1日時点から、世帯員及び市民税課税状況に変更はありません。未申告状態の者について、今後課税となることはありません。健(検)診受診後、受診日時点にて課税対象者と判断された場合健(検)診に係る自己負担金を福知山市へ支払います。また、健診申込者及び同一世帯員に、他市町村で市民税課税となっている者はいません。
- ③ 下記の情報を福知山市が関係機関と共有することについて同意します。

年 月 日

申請者 氏名 (健診申込者との続柄) 電話番号

日付の記入

修正液・修正テープの使用不可

申請者の氏名・健(検)診希望者との続柄、昼間連絡のつきやすい電話番号を記入してください。

健(検)希望者の住所・氏名・生年月日・年齢を記入してください。

どちらか該当する方に○を付けてください。

希望する健(検)診の種類に○を付けてください。

16歳以上の同一世帯員の氏名をすべて記入してください。

| | | | | |
|--------------------------|--|-----------------|------------|--|
| 健診申込者 | 住所 | 〒 福知山市 (自治会名:) | | |
| | 送付先 | □上記住所と同じ | | |
| | 電話番号 | □上記電話番号と同じ | | |
| | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日(満 歳) | |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日(満 歳) | |
| | フリガナ | 生年月日 | 年 月 日(満 歳) | |
| フリガナ | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日(満 歳) | |
| フリガナ | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日(満 歳) | |
| 申請理由 | []市民税非課税世帯 []生活保護世帯 | | | |
| 希望する健(検)診の種類(希望する項目に○) | 集団: 特定健康診査・胃がん検診・胃ABC検診・肺がん検診・大腸がん検診 子宮がん検診・前立腺がん検診・乳がん検診 (日程:) | | | |
| | 個別: 特定健康診査・胃がん検診・胃ABC検診・大腸がん検診 子宮がん検診・前立腺がん検診・乳がん検診 | | | |
| 同一世帯で下記に当てはまる人・16歳以上の人全員 | フリガナ | フリガナ | | |
| | 氏名 | 氏名 | | |
| | フリガナ | フリガナ | | |
| | 氏名 | 氏名 | | |

申請者以外で、健(検)診を申し込む人がいる場合は、委任状に記入してください。(御家族の方も必要になります)

委任状

| | | | | |
|-----|----|--------|-------|--|
| 代理人 | 住所 | 〒 福知山市 | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | |

申請者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市健康診査及びがん検診等無料申請の権限を委任します。

年 月 日

日付の記入

| | | | | |
|-----|----|------|-------|--|
| 委任者 | 住所 | 福知山市 | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | |

申請者以外の健(検)希望者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

【注】この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市健康診査及びがん検診等に係る事務に利用します。