

# 記入例

発行 No.

## 令和6年度 各種健診無料券申請書（非課税）

長浜市健康推進課 宛

この太枠内は、申請者ご自身が記入してください。

申請日： ○ 年 ○ 月 ○ 日

次のとおり、各種健診無料券の交付を申請します。

- 申請理由 長浜市市民税非課税世帯に属するため
- 申請者（受診希望者）および申請者と同一の世帯員氏名  
希望する健診に○をしてください。対象外の場合は受診券が届きませんのでご了承ください。

住所	長浜市 <b>小堀</b> 町 <b>32番地3</b>
電話番号	<b>65-7759</b>

氏名 生年月日	年齢	生活 習慣病	胃がん	肺がん	大腸 がん	子宮頸 がん	乳がん	骨粗 しょう症	肝炎 ウイルス
氏名 <b>長浜 太郎</b> T・S・H □年 □月 □日	<b>63</b>		○	○	○				○
氏名 <b>長浜 花子</b> T・S・H △年 △月 △日	<b>49</b>					○	○		
氏名 T 氏名									
氏名 T 氏名									

無料券を希望される方の氏名・生年月日を記入してください。

無料券を希望する健診項目のすべてに○を記入してください。

必ず、申請者ご自身がご署名ください。

各種健診無料券の交付を決定するために、受診者と同一世帯員氏名、生活保護受給状況を、健康推進課職員が調査することに同意します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

署名 **長浜 太郎**

以下記入不要

年 月 日

非課税世帯 / 非該当

健康推進課確認職員