

## 令和 8 年度 各種健診無料券申請書 (非課税)

長浜市健康推進課 宛

申請日： 令和 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 町
電話番号	

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	肝炎 ウイルス
氏名 T・S・H 年 月 日								
氏名 T・S・H 年 月 日								
氏名 T・S・H 年 月 日								
氏名 T・S・H 年 月 日								

各種健診無料券の交付を決定するために、受診者と同一世帯に属する者の課税状況を、健康推進課職員が調査することに同意します。

令和 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_