

# 記入例

この太枠内は、申請者ご自身が記入してください。

ながはまし けんこうすいしん か あて  
長浜市健康推進課 宛

れいわ ねん ど かくしゅけんしんむりょうけん  
令和5年度 各種健診無料券

しんせいび れいわ  
申請日：令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

つぎ かくしゅけんしんむりょうけん こうふ しんせい  
次のとおり、各種健診無料券の交付を申請します。

- 1 申請理由 生活保護法による被保護世帯に属するため
- 2 無料券申請者兼希望者

じゅうしょ 住所	ながはまし 長浜市	小堀	ちょう 町	32-3
でんわばんごう 電話番号	0749-12-3456			

しめい 氏名 せいねんがつ 生年月日	ねんれい 年齢	せいかつ 生活 しゅうかんびょう 習慣病	いがん 胃がん	はいがん 肺がん	だいちよう 大腸 がん	しきゅうけい 子宮頸 がん	にゅうがん 乳がん	こつそ 骨粗 しょう 症	かんえん 肝炎 ウイルス
しめい 氏名 長浜 太郎 T・S・H ○年○月○日	63		○	○	○				○
しめい 氏名 長浜 花子 T・S・H △年△月△日	49					○	○		
しめい 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。

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。

また、無料券の交付を受けた方の健康についての支援に活用するために健康推進課から社会福祉課に情報提供することに同意します。

必ず、申請者ご自身がご署名ください。

れいわ ねん がつ 日にち  
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

しめい  
署名 長浜 太郎

以下記入不要

令和 年 月 日

生活保護世帯 / 非該当

確認職員 \_\_\_\_\_