

乳がん検診料減免確認書兼同意書

申請日 令和 年 月 日

大津市長

申請者 住所 大津市

(受診者) 氏名

電話

生年月日 T・S 年 月 日

下記の事由に該当するため申し出ます。また、当該検診料減免資格の確認を承諾します。

記

申出理由 該当するものに○ をしてください	1. 生活保護法による被保護世帯に属する者 2. 市民税非課税世帯に属する者※¹ ※¹世帯全員が該当する場合のみ 3. その他 ()
対象外の方で受診された場合は、検診にかかる費用の全額が自己負担となります。 ※対象者の確認は、後日健康推進課で行います。自己負担が必要な場合は、健康推進課より改めてご連絡いたします。	