

# 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

<p>申出理由</p> <p>該当するものに○ をしてください</p>	<p>1. 生活保護法による被保護世帯に属する者 受給している市町 (大津市 大津市以外)</p> <p>2. 市民税非課税世帯に属する者<sup>※1</sup> <small>※1 世帯全員が該当する場合のみ</small></p> <p>3. その他 ( )</p>
<p><b>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。</b></p> <p>※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。</p>	