

# 豊中市成人保健事業一部負担金不要申込書

年 月 日

(宛先)

豊 中 市 長

豊中市生活習慣病健診実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、次のとおり保健事業にかかる一部負担金不要証明書の発行を申し込みます。なお、申込者及び世帯全員の市民税課税状況、生活保護受給状況、または中国残留邦人等支援給付受給状況を毎年確認することを承諾します。

平成 30 年度は、7 月末までは平成 29 年度の課税（平成 28 年中所得による）、  
8 月以降は平成 30 年度の課税（平成 29 年中所得による）で判断します。  
次年度以降は、毎年 3 月末時点で前年度の課税状況を確認します。

申込者（太枠内をご記入ください。）

住 所	〒 - 豊中市		
ふりがな		電話	
氏 名		番号	
生年月日	大正 / 昭和 / 平成 / 西暦 年 月 日（ 歳）		
該当する 項目	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する者 ① 7 月末までに申込みをする人で、平成 29 年 1 月 1 日に豊中市以外の 市区町村にお住まいの場合は、お住まいだった市区町村発行の 「平成 29 年度市区町村市民税課税証明書」（コピー可）の添付が必要です。 ② 8 月以降に申込みをする人で、平成 30 年 1 月 1 日に豊中市以外の 市区町村にお住まいの場合は、お住まいだった市区町村発行の 「平成 30 年度市区町村市民税課税証明書」（コピー可）の添付が必要です。		
	<input type="checkbox"/> 生活保護法による生活保護受給世帯に属する者		
	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の 自立の支援に関する法律による支援給付を受ける者		

(事務処理欄)

確 認 事 務	市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 台帳確認済	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> 市民税課確認済		
務	生活保護・中国残留邦人等 支援給付受給状況	<input type="checkbox"/> 台帳確認済	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> 福祉事務所確認済		
証明書番号	No. 30-	号	発行日	平成 年 月 日

申込みが適当と認められた場合は、一部負担金不要証明書を発行します。  
一部負担金不要証明書によって以下の項目の一部負担金が無料になります。

保健事業の項目	一部負担金の額
大腸がん検診（満40歳以上の市民）	300円
前立線がん検診（満50歳以上の男性市民）	500円
肺がん検診（満40歳以上の市民）	喀痰 200円
胃がん検診（満40歳以上の市民）	エックス線 800円 内視鏡 1,000円
子宮がん検診（満20歳以上の女性市民）	頸部 600円 頸部・体部 1,000円
乳がん検診（満30歳以上の女性市民）	500円
骨密度測定検査（満18歳以上の女性市民）	400円
歯科健康診査（満30～74歳の市民）	200円（満70歳以上の人は無料）

申込みが認められなかった場合は、非該当通知書を発行します。

上記の項目を受診するためには、一部負担金が必要となります。

※なお、今年度該当となった方については、次年度以降予め課税状況を確認のうえ、自動的に一部負担金不要証明書を発行いたします。

---

#### <市民税非課税世帯の事由でお申込みの方へ>

次の場合は一部負担金不要の申込みは認められません。ご注意ください。

- ご本人に所得があり、課税されている場合
- ご本人は非課税であっても、  
同一世帯に所得があり課税されている方がいる場合

<p>&lt;問合せ先&gt; 豊中市保健所 健康増進課 健康支援係 豊中市岡上の町2-1-15 すこやかプラザ1F TEL：06-6858-2291</p>
---