

(宛先) 高松市長

がん検診・高齢者インフルエンザ予防接種等の自己負担金免除等の適用を受けたいので、申請します。
なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の課税状況を確認されることを承諾します。
また、私の生活保護又は支援給付の受給の有無について確認されることを承諾します。

申請年月日 令和 年 月 日

1 自己負担金免除等申請者(委任者)

※ボールペンで太枠の中をご記入ください。

住 所 高松市	
フリガナ	
氏 名	電話番号 () -
生年月日 明 大 昭 平 西暦	年 月 日生 () 歳 性 別 男 女
私は、下記の代理人(受任者)に、がん検診・高齢者インフルエンザ予防接種等の自己負担金免除等申請手続きを委任します。	
委任欄 自己負担金免除等申請者(委任者本人) 氏 名:	
代理人(受任者)	住 所
	フリガナ
	氏 名
	電話番号 () -
生年月日 明 大 昭 平 西暦	年 月 日生 申請者との関係
郵便で受付した場合の返送先 ☐ 代理人 返送をご希望の場合は☑をしてください。	

- ① 申請に際しては、本人確認書類を提示してください。
② 代理人が申請書を提出する場合は、代理人の本人確認書類を提示してください。また、上記の委任欄に必ず申請者(委任者本人)の署名等を記入してください。

2 自己負担金免除承認通知書等を必要とするがん検診・予防接種等の種類

※該当するものに☑を
してください。 ☐ 各種がん検診 ☐ 各種がん検診、胃がん個別検診
(50～69歳の偶数年齢の方) ☐ 高齢者インフルエンザ等予防接種
(65歳以上の方)

3 免除等該当区分

※該当する区分に☑を
してください。 ☐ 令和7年度の市民税が非課税である世帯に属する方 (申請者本人を含め同一世帯の方全員が
市民税非課税である方)
☐ 生活保護法による保護を受けている方
☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶
者の自立の支援に関する法律等による支援給付又は配偶者支援金の支給を受けている方

4 同一世帯に属する方

	氏 名	生 年 月 日	申請者との続柄
自 己 負 担 金 免除等申請者と 同一世帯の方	①	明 大 昭 平 西暦 年 月 日	
	②	明 大 昭 平 西暦 年 月 日	
	③	明 大 昭 平 西暦 年 月 日	
	④	明 大 昭 平 西暦 年 月 日	
	⑤	明 大 昭 平 西暦 年 月 日	
	⑥	明 大 昭 平 西暦 年 月 日	

健康づくり推進課等 処理欄	申請受付方法	☐ 健推 窓口 ☐ 仏生山保セ・保ス () ☐ 保健所窓口 ☐ 郵送	受付日 令和 年 月 日	受付者	
	本人確認	☐ 本人申請 ☐ 個人番号カード ☐ 身分証明書(写真付) ☐ 公的証明書2点(写真なし)			
		☐ 代理人申請 ☐ 代理人の個人番号カード ☐ 代理人の身分証明(写真付) ☐ 代理人の公的証明書2点(写真なし)			
	代理権確認	法定 ☐ 登記事項証明書 () 任意 ☐ 委任欄 ()			
	通知書交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送	交付日 令和 年 月 日	交付者	発行履歴