

一世帯一枚の申請をお願いします。

市民検診自己負担免除申請書兼同意書

太枠内の記入をお願いいたします。

切り取り線で切り取って窓口(健康づくり推進課・国保年金課・各支所)または、郵送にてご提出ください。

郵送先:〒960-8002 福島市森合町10番1号
保健福祉センター3階 健康づくり推進課

※受診日当日70歳以上の方は、がん検診等各種検診の自己負担金が無料のため、世帯全員が70歳以上の方は、申請不要です。

※免除該当者には、市より「確認証」を送付しますが、
約 1～2 週間かかります。受診日当日「確認証」がない
と無料になりません。

切り取り線

申請者記入欄 申請日:令和 7年 月 日

世帯主名	カナ	生年月日
	氏名	T・S・H 年 月 日生
住所 福島市		世帯員数 名
申請者(世帯主及び同一世帯員)		電話番号
最近、世帯員の申告及び修正申告の有無 ☐ 有 ☐ 無		

福島市長 様

令和7年度市民検診の市民税非課税世帯による自己負担免除の申請をいたします。それに伴う、私及び同一世帯員の個人市・県民税課税台帳等の閲覧について同意します。

※自己負担免除の対象となる検診は、がん検診等各種検診および
歯周病検診です。
※確認に不同意の場合は、世帯全員の課税証明を添付願います。

申請 受付 記入	・ _____ 支所 ・ 健推 ・ 国保
	世帯主宛名番号 _____
健康 推進 記入	・ 非課税 ・ 課税 ・ 確認要(転入有など) ()
	・ 該当(No.25) / 発送 ・ 該当外