令和　　年　　月　　日

健康診査等受診券・クーポン券 □（再）交付 □減　額 申請書

申請理由　□ 世帯非課税又は国保世帯非課税
□ 生活保護受給者

倉　敷　市　長　あて　　検診者番号（　　　　　　　）

フリガナ 申請者氏名 （健診受診者）	男　・　女		
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	年齢	歳
住所	倉敷市 TEL（　　　）　－ ※減額申請の場合は，下記の該当に〇を記入してください。 前年度の1月1日時点に，倉敷市に住民票がありましたか？　はい ・ いいえ		
代理人氏名		続柄	
代理人住所			

上記のとおり，□ 受診券・クーポン券の（再）交付 □ 倉敷市健康増進事業実施要綱等の規定による減額 を申請します。

また，減額申請の場合，健診等受診者及び同一世帯に属する者の住民税課税状況，又は健診等受診者の生活保護受給の有無について，倉敷市の関係機関へ照会することに同意します。

なお，実施期間内の２回目以降の重複受診は，受診者の全額負担となることを了承します。

これより下は倉敷市処理欄です。記入しないでください。

受付者		交付者		交付年月日	令和　年　月　日
受付方法	□窓口　□電話　□郵送			本人・代理人確認	□免許証 □健康保険証 □他（　　）

資格（40歳以上はチェック）	国保	後期	添付書類		
	□有	□有		前年度 1/2 以降転入者の減額申請➔1/1 時点住所地の非課税の所得証明（写し可）	□有 □無
	□無	□無		生保受給者の減額申請➔生活保護の受給を証明するもの	□有 □無
				親族以外の代理人による申請➔委任状（本紙の裏面でも可）	□有 □無

受診券交付	受診券種別		課税状況等確認	交付決定
	がん検診など（クーポン券）		□非課税　□生保世帯　□課税　□不要	□交付　□却下（　　）
	生活習慣病予防健診	国保特定健診	□国保世帯非課税　□国保世帯課税　□不要	□交付　□却下（　　）
		長寿健診	□非課税　□課税　□不要	□交付　□却下（　　）
		市健診	□非課税　□生保　□課税　□不要	□交付　□却下（　　）
	女性のがん検診など（20～39歳女性）		□非課税　□生保　□課税　□不要	□交付　□却下（　　）
備考				

決裁欄		所（室）長	主任	係員
	起案日　令和　年　月　日			
	決裁日　令和　年　月　日			

令和　　　年　　　月　　　日

委　任　状

倉　敷　市　長　あて

委任する人

住　　　所　**倉敷市**

名　　　前　　　　　　　　　　　　　印

私は，次の者を代理人と定め，受診券・クーポン券の（再）交付及び減額した受診券の交付を受けることに関する一切の権限を委任します。

委任される人（代理人）

住　　　所
（及び事業所住所）

名　　　前　　　　　　　　　　　　　印
（及び事業所名）