

令和8年度 鳥取市がん検診・予防接種等費用減免申請書

年 月 日

申請者

〒 □□□-□□□□

住所

鳥取市

氏名 年 月 日

昼間に連絡のつく電話番号

申請者(あなた)と申請が必要な方との続柄・・・本人・世帯員・その他 続柄()
※続柄がその他の方は、本人からの委任状が必要です。

どなたのものが 必要ですか	住 所		鳥取市			
	1	フリガナ				
		氏 名	前年度1月1日時点で、鳥取市に 住民票がありましたか はい・いいえ			
		生年月日	年	月	日	年齢 歳
	2	フリガナ				
		氏 名	前年度1月1日時点で、鳥取市に 住民票がありましたか はい・いいえ			
		生年月日	年	月	日	年齢 歳
	3	フリガナ				
		氏 名	前年度1月1日時点で、鳥取市に 住民票がありましたか はい・いいえ			
		生年月日	年	月	日	年齢 歳
何が 必要 ですか	☐ がん検診・歯科検診受診券（人間ドック受診票を含む） ☐ 子宮頸がん検診受診券 ☐ 健康診査受診券 ☐ 脳ドック受診票 ☐ 予防接種券（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナ・带状疱疹） ※申請時点でまだ交付していない受診券等については、それぞれの発券時点の住民税世帯課税状況 等を確認し、費用減免受診券等が交付できるかを判断します。					
	理 由 申 請	☐ 非課税世帯のため ☐ 生活保護受給中のため				

上記のとおり、費用減免受診券等の交付を申請します。
また、令和8年度中に、鳥取市が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、または
健診等受診者の生活保護受給の有無に関する情報を、関係機関から（本市に住民税の情報がない場合
は、個人番号を利用して）取得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。
※住民税課税状況等は発券時点で照会できる最新の情報にて確認します。

申請者氏名

- 同封するもの
- ☐ ①この申請書
 - ☐ ②すでに届いている受診券等
(がん検診・歯科検診受診券、子宮頸がん検診受診券、健康診査受診券、インフルエンザ予防接種券、
高齢者肺炎球菌感染症予防接種券、新型コロナ予防接種券、带状疱疹予防接種券(带状疱疹勧奨はがき))
 - ☐ ③申請者の本人確認書類の写し（免許証など）
 - ☐ ④委任状（※申請者が本人と同世帯でない場合）
 - ☐ ⑤非課税証明書の写し（※前年度1月2日以降の転入者の方）

以下は鳥取市記入欄です。

受付者		交付者			交付年月日	
受付方法	☐ 来庁 ☐ 郵送		本人・代理人確認	☐ 免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 他()		
世帯確認	☐ 同一世帯 ☐ 別世帯					
交付方法	☐ 持ち帰り ☐ 郵送(住民票住所) ☐ 郵送(その他:)					
添付書類	有料受診券					☐ 有 ☐ 無
	同一世帯員以外の代理人による申請 → 委任状					☐ 有 ☐ 無 ☐ 該当外
	前年度 1/2 以降転入者の申請 → 1/1 時点住所地の非課税証明書(写し可、転入者分)					☐ 有 ☐ 無 ☐ 該当外
受診券等 交付	受診券種別		課税状況等確認		交付決定	
	がん検診・歯科検診受診券		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保		☐ 交付 ☐ 却下()	
	子宮頸がん検診受診券		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保		☐ 交付 ☐ 却下()	
	健康診査受診券		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保		☐ 交付 ☐ 却下()	
	人間ドック受診票		☐ 課税 ☐ 非課税		☐ 交付 ☐ 却下()	
	脳ドック受診票		☐ 課税 ☐ 非課税		☐ 交付 ☐ 却下()	
	インフルエンザ予防接種券		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保		☐ 交付 ☐ 却下()	
	高齢者肺炎球菌感染症予防接種券		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保		☐ 交付 ☐ 却下()	
	新型コロナ予防接種券		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保		☐ 交付 ☐ 却下()	
	带状疱疹予防接種券		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保		☐ 交付 ☐ 却下()	

決 裁 欄					