令和7年度用	代理申請用

※職員記入欄	―

記 入 例

健診等受診料の免除認定申請書

令和 7 年 4 月 1 日

（あて先）茨　木　市　長

＊太枠内をご記入ください。

代理申請者	住所	茨木市 駅前三丁目８番13号		**代理で申請する方についてご記入ください。**
	氏名	茨木　代理子	電話番号	（ ０７２ ） ６２２ － ８１２１
	生年月日	昭・平・西暦　４１年　４月　１日	※本人(受診者)と別の世帯に属する人が申請する場合、代理申請者の本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)を持参してください(郵送の場合は写しを添付)。	
本人（受診者）	住所	茨木市 春日三丁目１３番５号		**本人(健診を受ける人)についてご記入ください。**
	氏名	茨木　童子	電話番号	（ ０７２ ） ６２５ － ６６８５
	生年月日	昭・平・西暦　５２年　４月　１日	年齢	４７　歳　※70歳以上の人はこの申請をしなくても無料で受診できます

茨木市の実施する健(検)診を受診するにあたり、以下の事由のため、自己負

あてはまる免除事由に○印をつけてください。

＊あてはまるものに○	
○	市民税非課税世帯に該当するため
	市長が特別に免

本人の氏名をご記入ください。
代理人が記入する場合は、本人の印鑑を押印してください。
※印鑑を用意できない場合は、申請前に健康づくり課(072-625-6685)にご相談ください。

＊記名してください。
（自署の場合は押印不要）

健診等受診料の免除認定
除規定に関する情報(同一世帯者の情報を含む。)を茨木市が取得することに同意します。

本人氏名　茨木　童子　茨木

＊受診予定の健(検)診に○をつけてください。

受診予定	健(検)診の種類	受診予定	健(検)診の種
	若年健康診査(U-39健診)		次のがん検診等のうち、いずれかひとつ以上(※1
	歯科健康診査	○	胃がん検診、胃がんリスク検診、大腸がん検診、 乳がん検診(※2)、前立腺がん検診、肝炎検査、
	骨粗しょう症検診		

年度内に受診する予定のある健(検)診に○印をつけてください。
健(検)診の種類に応じて免除に必要な書類を市で用意します。

申請後に受診予定が無くなっても、市にご連絡いただく必要はありません。

※1　がん検診等を受診予定の場合は、**自身の茨木市健診チケット(原本)を添付してください。**
　　なお、健診チケットを紛失しているときは、この申請と合わせて、その旨をお申し出ください。
※2　子宮がん・乳がん検診は、健診チケットの2年の有効期間内に検診を受けていない人のみ、
※3　心電図検査を受診できるのは、特定健康診査の受診時のみです。

【注意事項】認定結果にかかわる内容ですので、必ずお読みください。

《非課税世帯に関する事項》
- 世帯全員の市民税が非課税である世帯に属する人が認定対象です。
- 世帯主またはいずれかの世帯員が市民税の申告をしていない場合は、認定できません。
  この申請の前に、市民税課(市役所本館2階 TEL072-620-1614)で世帯全員分の申告を行ってください。
- 世帯主またはいずれかの世帯員に、軽減された市民税均等割が課税されている場合は、認定できません。

《天災の被災等に関する事項》(地震等、市が特別に免除することを決定した場合のみ申請可能)
- 罹災証明書またはその他特別な免除規定に該当することを証明する書類を添付してください(写し可)。

※職員記入欄 上記の健(検)診等受診料の免除認定申請につきまして、本市の各健(検)診に係る事業実施要綱の規定(市民税非課税世帯又は災害に係る市長決定等)に該当しますので承認いたします。	宛名	No.

確認欄	令和　年　月　日 1. 端末で確認　2. 市民税課等で確認　3. 罹災証明書 4. その他(　)	確認者	