

がん検診用

減免申請書兼承認通知書

柳川市長様

令和 年 月 日

受診者住所	柳川市
受診者氏名	
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
電話番号	
証明事項	上記受診者については、令和8年度がん検診の減免対象であること

がん検診費用減免のため必要ですので、下記のことについて承認願います。

尚、柳川市が私の世帯の課税状況及び所得について、関係部署から必要な情報を取得することに同意します（私以外の世帯構成員からも同意を得ています）。

（※申請者が上記受診者以外の場合のみ）

申請者住所	<input type="checkbox"/> 受診者の住所に同じ（同一世帯でない場合は、委任状が必要です）
申請者氏名	

上記の事項について確認の上、承認いたします。

令和 年 月 日

柳川市長

がん検診減免内訳

がん検診の種類	検診対象者（R9.3.31現在の年齢）	自己負担額
胃内視鏡検診	50歳以上で偶数年齢の人	1,250円
胃エックス線検診	40歳以上の人 ただし令和7年度胃内視鏡検診を受診している人を除く	なし
大腸がん検診	40歳以上の人	
前立腺がん検診	50歳以上の男性	
乳がん検診	40歳以上で奇数月生まれ及び 前年度市の乳がん検診未受診で受診券の発行を受けた女性	
子宮頸がん検診	20歳以上の女性	

- （注） 1. 申請の際は、受診者の住所及び氏名（太枠内）を記入してください。
2. 市民税が同一世帯に属する者に課税されている場合は、減免の対象とはなりません。
3. 受診者本人が未申告又は同一世帯内に未申告者がいる場合は、本証明書は交付されません。
4. 本通知書の有効期限は、令和8年11月30日までです。