

越谷市長宛 *太枠内を記入してください

申請日 令和 年 月 日

収受印

| | | | | |
|------------------------------|--|--|---|---------|
| 検診等を受ける方 (申請者) | 住所 | 越谷市 | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 日(歳) |
| | 電話番号 | ※日中連絡のとれる番号 | | |
| 窓口に来た方 (代理人) ※本人の場合は空欄 | 申請者との続柄 | ※申請者の同意を得ていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 氏名 | ※代理人住所へ郵送しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | 電話番号 | ※日中連絡のとれる番号 | | |
| 確認事項 | <input type="checkbox"/> 裏面の注意事項を確認しました ※確認後にチェックをお願いします | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 委任状 ※代理人が申請者と別世帯の場合のみ <input type="checkbox"/> 非課税を証明する書類 ※近年中に越谷市へ引っ越してきた場合のみ(裏面参照) <input type="checkbox"/> 成年後見人等を証明する書類の写し ※代理人が成年後見人等の場合のみ | | | |

窓口に来た方の本人確認

- マイナンバーカード
- 運転免許証・経歴証明書
- 手帳 (身体・精神・療育)
- その他 (資格確認書・)

下記のとおり申請します。なお、世帯状況及び世帯員全員の市民税課税状況を調査することに同意します。

| 検診 | 年度年齢が69歳までで、検診対象の方 | | 検診対象 | 実施期間 |
|---------------------------------|---|---|--|--|
| | ※希望する項目にチェックしてください 女性のみ 男性 歯科 | <input type="checkbox"/> 胃がん | 年度年齢 40 歳以上 | |
| <input type="checkbox"/> 大腸がん | | ※年度年齢とは、令和8年4月1日から令和9年3月31日までの間に達する年齢をいいます | | 5/10~11/10 |
| <input type="checkbox"/> 肺がん | | | 医療機関(個別)5/10~11/10 検診会場(集団)9/1~10/24 | |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん | | 年度年齢 20 歳以上 | | 5/10~11/10 |
| <input type="checkbox"/> 乳がん | | 年度年齢 35 歳以上かつ 偶数月生まれ又は奇数月生まれでR7 年度未受診 | | 医療機関(個別)5/10~8/31※一部 11/10 まで 検診会場(集団)5/10~9/27 |
| <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 | | 年度年齢 20 歳以上の女性 | | 5 月~8 月の実施日 ※検診会場(集団)のみ、医療機関(個別)は実施なし |
| <input type="checkbox"/> 前立腺がん | | 年度年齢 50、55、60、65 歳の男性 又は 51 歳以上 75 歳未満で R4 年度以降未受診 | | 6/1~11/10 |
| <input type="checkbox"/> 口腔がん | 年度年齢 40 歳以上 | | 5/1~2/15 | |
| | <input type="checkbox"/> 歯周病 | 年度年齢 20、30、35、40、45、50、55、60、65、70 歳 | | 5/1~2/15 |
| 予防接種 | 年度年齢が65歳以上で、接種対象の方 | | 接種対象 | 実施期間 |
| | <input type="checkbox"/> インフルエンザ | ・越谷市内の実施医療機関で接種しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | 10/1~1/31 |
| | <input type="checkbox"/> 新型コロナ | ・越谷市内の実施医療機関で接種しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 | ・越谷市内の実施医療機関で接種しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・予診票はありますか (誕生月の翌月に個別通知) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | 4/1~3/31 |
| <input type="checkbox"/> 带状疱疹 | ・越谷市内の実施医療機関で接種しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・受診券と予診票はありますか (4月に個別通知) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | R8/4/2~R9/4/1に65、70、75、80、85、90、95、100歳こなる方及び条件該当の60~64歳 | |

市使用欄

| | | | | | |
|----|-----|-----|----|----|---|
| 課長 | 調整幹 | 副課長 | 主幹 | 主査 | 係 |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|-----|------|------|--|-----|
| 結果 | 発行日 | 発行枚数 | 発行番号 | 処理 | 確認者 |
| <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 年齢等対象外 <input type="checkbox"/> 課税 | | | 8- | <input type="checkbox"/> 当日窓口渡し <input type="checkbox"/> / 発送 | |

注意事項 *よくお読みいただいてから裏面の「申請書」太枠内を記入してください

- 必ず受診前に手続きを行ってください ※事後申請はできません
- 同じ世帯に市民税が「課税されている方」がいる場合は費用無料の対象外です
- 同じ世帯に市民税が「未申告の方」がいる場合は、申告後に申請してください
- 別の世帯の代理人が申請する場合は「委任状」が必要です ※同じ世帯の場合は不要
- 1月1日の住所が越谷市でない場合は、1月1日の住所地が発行する「課税(非課税)証明書」を申請書に添付してください(申請日時点の世帯全員分、コピー可)
 - *今年度の課税額決定前は、前年度の課税状況で発行の可否を判断します(税額の決定は毎年6月前後)
 - *高齢者予防接種の申請に限り、地方税関係情報取得同意書(同一世帯全員の署名が必要)の利用ができます(事前予約制)詳しくは健康づくり推進課へお問い合わせください
- 「骨粗しょう症検診」と「集団の乳がん検診」の予約は、健康づくり推進課へ ※その他は医療機関へ
- 高齢者インフルエンザ予防接種、高齢者新型コロナ予防接種の無料券は9月下旬の発送予定です
- 重複受診した場合は全額自己負担となりますので、ご注意ください

申請場所 **当日発行** → 保健センター(健康づくり推進課) 平日 8:30~17:15
後日郵送 → 市役所なんでも相談窓口、北部出張所、南部出張所、各地区センター
*2週間程度

- 持ち物
- 窓口に来る人の「マイナンバーカード」等、本人確認書類
 - 本人署名または押印のある「委任状」 ※別の世帯の方が申請する場合のみ
 - 世帯全員分の「課税(非課税)証明書」 ※1月1日時点の住所が越谷市でない場合のみ
 - 「登記事項証明書」等(コピー可) ※成年後見人等が申請する場合のみ
 - 法人に所属していることがわかるもの ※成年後見人等が法人の場合のみ

問合せ 越谷市保健センター(健康づくり推進課) 電話 **048-960-1100** 平日 8:30 から 17:15 まで
〒343-0023 越谷市東越谷10-31

