

様式第1号 (第4条関係)

鶴ヶ島市保健事業等個人負担金免除申請書

年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

申請者 住 所
氏 名
電 話
続 柄 ()

鶴ヶ島市保健事業等を利用するに当たり個人負担金の免除を受けたいので、下記の同意事項に同意の上、次のとおり申請します。

ける人 (被接種者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号	
申請理由	<input type="checkbox"/> : 障害者手帳の交付を受けているため <input type="checkbox"/> : 本年度市民税非課税世帯であるため			
利用する保健事業等の名称及び医療機関等	成人検診 (受診予定) <input type="checkbox"/> 肺がん・結核 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 ※既に受診されたものについては免除されません。			
同意事項	私(受診者又は被接種者)が個人負担金の免除を受けるに当たり、次の情報を確認することに同意します。 (1) 住民税の確認が必要な場合は、必要な範囲内で私の税務情報を確認すること。 (2) 私の障害者手帳の取得状況の確認に関すること。(成人検診を受診する場合に限る)。			

上記の受診者又は被接種者が個人負担金免除を受けるに当たり、私の税務情報を確認することについて同意します。※同一の世帯員全員の署名をお書きください。

世帯員氏名	続柄	世帯員氏名	続柄

保健センター記入欄

障害 有・無	課税・非課税・他	確認日 /	通知発送日 /	取扱者	NO. 障 非
--------	----------	-------	---------	-----	---------