

(記入例)

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

申請される日

年 月 日

(宛先) 鶴ヶ島市長

記入してください

申請者 住所 鶴ヶ島市大字三ツ木16-1
氏 名 鶴ヶ島 太郎
電 話 049-271-0000
続 柄 (本人)

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。

受診者又は被接種者 ける人 (被接種者)	フリガナ	ツルガシマ タロウ	生年 月日	大正 昭和 30年7月1日 平成	
	氏 名	鶴ヶ島 太郎			
	住 所	〒350-2217 鶴ヶ島市 大字三ツ木16-1			電話 番号
申請理由		☐ : 障害者手帳の交付を受けているため ☒ : 本年度市民税非課税世帯であるため			該当する項目にチェックを いれてください
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) ☒ 肺がん・結核 ☒ 胃がん ☒ 大腸がん ☐ 乳がん ☐ 子宮頸がん ☐ 歯周病 ☐ 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
鶴ヶ島 花子	妻	鶴ヶ島 次郎	子

この欄は、申請理由が本年度市民税非課税世帯の場合のみ記入が必要です。