

焼津市健康診査自己負担金無料対象者確認証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 焼津市長

〒 -
住 所 焼津市

申請者(自署) ふりがな
氏 名

電 話 () -

焼津市健康診査実施要綱第6条第4項の規定に基づき、次の事項に同意の上、自己負担金無料対象者確認証の交付を申請します。

- ①この申請の審査のため、市が記録・管理する私及び世帯員の税情報を調査されることに同意します。
- ②上記の内容について、世帯員全員の承諾を得ています。

受診者	住 所	※申請者と同じ				
	氏 名	※申請者と同じ	生年月日	年 月 日	年 齢	年度末年齢 歳
無料対象者の該当区分	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他()					
健康診査の種別	肝炎ウイルス検診 前立腺がん検診 大腸がん検診 胃がん検診 結核・肺がん検査 ピロリ菌胃がんリスク検診 子宮がん検診 乳がん検診 成人歯科健診 骨粗鬆症検診 ※ 受診対象となる健(検)診は、受診券に記載のとおり。					
確認証受領方法の希望	<input type="checkbox"/> 手渡しで受領 <input type="checkbox"/> 郵送で受領					

----- 市処理欄(ここから下は記入不要です) -----

(伺い) 次の確認欄のとおり処理してよろしいか。

確認欄	
課税状況	
<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 交付
<input type="checkbox"/> 課税あり	<input type="checkbox"/> 不交付
<input type="checkbox"/> 資料なし	
個人コード	

課長	係長	担当	公印使用
			令和 年 月 日

確認証交付済み 記録欄	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 郵送