

別 記

第1号様式（第7条第2項関係）

年 月 日

白井市健康診査等受診者負担金免除申請書

(宛先) 白井市長

申請者 住所
氏名

白井市健康診査等実施規則第7条第2項の規定により、次のとおり健康診査等の負担金の免除を申請します。

受 診 者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
	電 話 番 号	()
免除を受けようとする健康診査等の種類	<input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> 健康診査 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診及び結核検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健康診査 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診	
免除を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯に属するため <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属するため	
私は、免除の決定に必要な生活保護法による被保護世帯であること又は市町村民税非課税世帯であることに関する情報を、市が保有する公簿等により、健康課（特定健康診査にあっては保険年金課）が確認することに同意します。 氏名 _____		

本人 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書
	<input type="checkbox"/> その他 ()