

検診等徴収金免除申請書

年 月 日

伊東市長 様

〒

申請者 住所

氏名

| | |
|---|--|
| ※ | |
|---|--|

次のとおり申請します。

なお、伊東市健康推進課職員による市県民税課税台帳の閲覧に同意します。

| | | | | | | |
|---------|------|-----------------------------|------------------------------|-------|-----|-----|
| 受診者 | 住 所 | 伊東市 | | | | |
| | 氏 名 | | | 性別 | 男・女 | |
| | 電話番号 | — | 生年月日 | 年 月 日 | 生 歳 | |
| 免除申請の理由 | | 当該年度の市民税非課税世帯に属する者であるため。 | | | | |
| ※確認 | | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> 非該当 | | | 確認者 |
| | | | | | | |

注1 太枠線内を御記入ください。

注2 ※印欄は、記入しないでください。

| | |
|-------|-------|
| 発行日 | 年 月 日 |
| 発行No. | |