検診等徴収金免除申請書（別添）

世帯員全員が非課税であることが確認された場合に限り「検診等徴収金免除証明書」を、申請者のみに交付いたします。

お手数ですが、課税状況の確認のため、世帯全員の方の署名をお願いします。

あわせて生年月日の記入をお願いします。

申請者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

	氏名	生年月日
世帯員全員の署名（申請者除く）		大正・昭和・平成・令和・西暦 年　月　日
		大正・昭和・平成・令和・西暦 年　月　日
		大正・昭和・平成・令和・西暦 年　月　日
		大正・昭和・平成・令和・西暦 年　月　日
		大正・昭和・平成・令和・西暦 年　月　日
		大正・昭和・平成・令和・西暦 年　月　日
		大正・昭和・平成・令和・西暦 年　月　日