

庄原市生活習慣病健康診査
個人負担金減免申請書

年 月 日

庄 原 市 長 様

つぎの者にかかる生活習慣病健康診査個人負担金の減免を受けたいので、庄原市健康診査実施要綱第 12 条の規定により申請します。

※太枠内のみ記入してください

受診者の住所	
(ふりがな) 受診者の氏名	
受診者の生年月日	年 月 日
受診者の電話番号	() —
該当世帯	市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯
(同意欄) 生活習慣病健康診査個人負担金減免申請に係る私及び私が属する世帯構成員の市町村民税の当該年度の課税状況（申請日が 4 月から 5 月の場合は前年度の課税状況）について市が必要と認める場合にはその所有する個人情報により調査・確認することに同意します。 また、この調査・確認にあたり私が属する世帯構成員の同意も得ています。 _____(受診者氏名)_____	

※以下は記入しないでください

課税確認	課税 ・ 非課税	確認者	
減免の適否	適 ・ 不適	本人負担額	免除なし・半額免除・全額免除