

※太線の枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

座間市各種検診・健診自己負担金免除申請書

(宛先) 座間市長

住 所 座間市

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

座間市各種検診・健診自己負担金免除の申請します。

なお、申請に当たり、次の事項にチェックをしたものについて同意します。

(※同意されない場合は、免除対象外となります。)

市が住民記録の確認及び世帯全員の市民税課税情報を確認すること。

受診者	氏 名	生年月日	年齢	性別
		T・S・H	年 月 日	歳

【注意事項】

- ・確認には約3週間要します。余裕をもって申請してください。
- ・転入された方が世帯にいる場合について
世帯内で転入された方全員分の非課税証明書（原本）を添付してください。

【申請書の提出先】

- ・市庁舎2階健康医療課（〒252-8566 座間市緑ヶ丘一丁目1番1号 座間市役所健康医療課）
郵送もしくは、直接健康医療課までご持参ください。

事務処理欄

交付要件の確認							
<input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税である							
<input type="checkbox"/> 申請時時点で座間市民である							
決裁欄 右のとおり決定して よろしいか	<input type="checkbox"/> 免除可	課長	係長	合議	係	決裁日	
	<input type="checkbox"/> 免除不可					令和 年 月 日	
備考欄						受付者	
						確認者	