

自己負担金免除申請書 兼 課税資料等閲覧承諾書

大和高田市市長殿

申請年月日 令和 年 月 日

大和高田市健康診査等負担金徴収規則第4条の規定により負担金の免除を申請します。
自己負担金免除を申請するにあたり、該当世帯の課税状況にかかる情報及び生活保護受給状況の閲覧について同意します。

申請者(代理人) 窓口に来られた方：本人確認書類が必要です

住所

氏名 続柄 ()

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号

- 集団 (胃・肺・大腸がん 40歳以上)
NO ()
- 個別
- 子宮頸がん 20歳以上
- 乳がん 40歳以上
- 前立腺がん 40歳以上
- 肝炎 40歳以上
- 胃カメラ 50歳以上
- 大腸がん 40歳以上
- 2歳児親子歯科健診

どちらの世帯か○をつけてください→ 非課税世帯 ・ 生活保護世帯

**※同一世帯以外の方の申請は、①申請者の本人確認書類
②委任状または対象者(免除を受ける人)の本人確認書類(コピー可)が必要です。**

※申請時及び受診時に大和高田市に住民登録がある方が対象です。

※申請者と同一の場合、下記の記載は不要です。

- 集団 (胃・肺・大腸がん 40歳以上)
NO ()
- 個別
- 子宮頸がん 20歳以上
- 乳がん 40歳以上
- 前立腺がん 40歳以上
- 肝炎 40歳以上
- 大腸がん 40歳以上
- 胃カメラ 50歳以上
- 2歳児親子歯科健診
- 集団 (胃・肺・大腸がん 40歳以上)
NO ()
- 個別
- 子宮頸がん 20歳以上
- 乳がん 40歳以上
- 前立腺がん 40歳以上
- 肝炎 40歳以上
- 胃カメラ 50歳以上
- 大腸がん 40歳以上
- 2歳児親子歯科健診

必要とする方(対象者)	住所 大和高田市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名
	生年月日 明・大正 昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所 大和高田市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名
	生年月日 明・大正 昭和・平成 年 月 日 (歳)

*記載された個人情報、本申請に関する業務以外には使用しません。

----- 下記は記入しないでください -----

本人確認書類	申請書	対象者
(顔写真入り)	・マイナンバーカード ・運転免許証(運転経歴証明書含む) ・パスポート ・住民基本台帳(写真つき) ・身体・精神障害者保健福祉手帳 ・療育手帳 ・在留カード ・その他()	・マイナンバーカード ・運転免許証(運転経歴証明書含む) ・パスポート ・住民基本台帳(写真つき) ・身体・精神障害者保健福祉手帳 ・療育手帳 ・在留カード ・その他()
(顔写真なし)	年金手帳・健康保険証・介護保険証・後期高齢者医療証・生活保護受給証明書・母子健康手帳・児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書・本市が発行した検診票・その他()	年金手帳・健康保険証・介護保険証・後期高齢者医療証・生活保護受給証明書・母子健康手帳・児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書・本市が発行した検診票・その他()

非課税情報		生活保護情報	
非課税	TEL確認者()	該当	
課税	理由()	非該当	TEL確認者()

確認者 入力者

--	--	--