

《記入例》

自己負担金免除申請書

令和6年5月20日

(宛先) 榎原市長

(申請者)

自署でお願いします

住所: 榎原市 畝傍 町 9-1

氏名: 榎原 太郎

電話番号: 000-0000-0000

連絡のつく電話番号をお願いします

申請理由: (どちらかに○をつけてください)

[] 市民税非課税世帯

[] 生活保護受給世帯

受診(接種)項目: (該当項目すべてに○をつけてください)

大腸がん 胃がん 肺がん

乳がん 子宮頸がん 歯周病

高齢者インフルエンザ、 高齢者肺炎球菌感染症

榎原市が実施する上記受診(接種)において、自己負担金の免除を申請いたします。

(ただし、本年度の市民税課税状況が判明するまでの期間は、前年度の市民税課税状況により申請します。)

また、下記の者は、榎原市が検診事業等の負担金の徴収決定に関する事務手続を処理するために限って地方税関係情報を取得し、利用することに同意します。ただし、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

申請者及び世帯の状況

氏名		申請者との続柄	生年月日	個人番号(マイナンバー)			
同意者	榎原 太郎	本人	昭和20年1月1日	0	0	0	0
同意者	榎原 花子	妻	昭和25年1月1日	1	0	0	0
同意者			年 月 日				
同意者			年 月 日				
同意者			年 月 日				
同意者			年 月 日				

※ 市民税非課税の基準については、同一世帯全員とする。

※ 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載しても差し支えない。

※ 同意者が自ら署名を行うこと。

個人番号が不明な場合、ご記入ください

個人番号が不明な場合、本申請に必要な個人番号について、職員が検索し、確認することに同意及び委任しますか。

はい いいえ