

自己負担金免除申請書

年 月 日

(宛先) 榎原市長

(申請者)

自署で
願います

住 所：榎原市	町									
氏 名：										
電話番号：										
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)										
<table border="1"> <tr> <td>大腸がん</td> <td>胃がん</td> <td>肺がん</td> </tr> <tr> <td>乳がん</td> <td>子宮頸がん</td> <td>歯周病</td> </tr> <tr> <td colspan="3">高齢者インフルエンザ、高齢者肺炎球菌感染症</td> </tr> </table>		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		
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		本人	年 月 日				
同意者			年 月 日				
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、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

本人確認書類	1枚の提示で足りるもの	
	個人番号カード・運転免許証・旅券(パスポート)・在留カード特別永住者証明書・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 その他() ※その他の書類は、官公庁が発行した身分証明書で本人の顔写真が貼付されたものに限る。	
	2枚以上の提示が必要なもの (Aに掲げる書類を2点以上、またはAとBから1点ずつ提示が必要)	
	A	国民健康保険証・健康保険証・介護保険証・共済組合員証 国民年金手帳・後期高齢者医療証
B	社員証(顔写真入)・学生証(顔写真入) 公の機関が発行した資格証明書 ※上記の書類は、いずれも氏名及び生年月日又は住所が記載されたものに限る。	

マイナンバー 確認方法	マイナンバーカード・通知カード・住民票(マイナンバー入)
----------------	------------------------------

世帯の状況	年度	課税世帯	非課税世帯	確認者	承認印
	年 月 日	現在	生活保護受給世帯		