

本人が申請をする場合

健康増進事業等一部負担金免除申請書

年 月 日

蓮田市長 宛て

住所 **蓮田市黒浜2799-1**

申請者 氏名 **蓮田 太郎**

続柄 **本人**

電話番号 **048-768-3111**

蓮田市健康増進事業等一部負担金徴収規則第4条第1項の規定により、健康増進事業等に係る一部負担金の免除を受けたいので、次のとおり申請します。
 なお、一部負担金の免除申請事由の確認のため、対象者世帯の住民税課税状況の閲覧及び福祉事務所への照会を行うことについて、同意します。

対象者	ふりがな	はすだ たろう	男	生年月日	S35年 6 月 1日生
	氏名	蓮田 太郎	女		(65 歳)
	住所	蓮田市 (☑申請者に同じ)		電話	(☑申請者に同じ)

チェックする

免除を受けようとする理由	1 生活保護世帯のため 2 中国残留邦人等のため 3 非課税世帯のため 4 その他 ()	該当する理由に ○をつける
--------------	--	------------------

希望する健康増進事業等	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス	希望する検診等を チェックする
	生活保護世帯のみ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	
	事務処理欄 (対象確認) <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 带状疱疹	

同意者	対象者と同一世帯のかた		続柄	生年月日	事務処理欄
	1	ふりがな	はすだ はなこ	妻	S35年5月1日
	氏名	蓮田 花子	非課税		
2	ふりがな				課税
	氏名				非課税
3	ふりがな				課税
	氏名				非課税

対象者と同一世帯の者
全員分の署名

前年度1月1日時点の世帯全員の課税状況を課税台帳にて確認いたします。

※健康増進課使用欄

添付書類：蓮田市に1月2日以降に転入した場合は、1月1日現在の住所地市町村の非課税証明書

受付者	照会内容・結果		決定事項
	住民税非課税	該 当 非該当	承認
	生活保護		不承認
	その他 ()		