様式第１号（第４条関係）

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
申請者　氏名
続柄
電話番号

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 氏名		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳）
	住所	蓮田市（□申請者に同じ）		電話番号	（□申請者に同じ）
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（　）				
希望する健康増進事業等	□大腸がん　□肺がん　□胃がん　□前立腺がん □乳がん　□子宮頸がん　□肝炎ウイルス				
	生活保護世帯のみ	□肺炎球菌　□インフル □帯状疱疹　□新型コロナ			
	事務処理欄（対象確認）	□乳がん　□肝炎ウイルス　□肺炎球菌 □帯状疱疹　□インフル　□新型コロナ			

			対象者と同一世帯のかた	続柄	生年月日	事務処理欄
同意者	1	ふりがな 氏名				課税 非課税
	2	ふりがな 氏名				課税 非課税
	3	ふりがな 氏名				課税 非課税

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 生活保護 その他（　）	該　当 非該当	承認 不承認