

様式第1号（第10条関係）

成人健康診査自己負担金不徴収対象者証明書交付申請書

年 月 日

島田市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり成人健康診査自己負担金不徴収対象者証明書の交付を申請します。

対 象 者	氏名	性別	生年月日	年 月 日
受けようとする成人健康診査の名称	1 歯周疾患検診 2 骨粗 ^{しょう} 鬆症検診 3 肝炎ウイルス検診 4 胃がん検診 5 子宮頸 ^{けい} がん検診 6 結核・肺がん検診 7 乳がん検診 8 大腸がん検診			
属する世帯が市町村民税非課税世帯であることを確認するため、市町村民税の課税に関する情報を職員が閲覧することに同意します。				
世帯の状況	氏名	生年月日		同意印
		年 月 日		印
		年 月 日		印
		年 月 日		印
		年 月 日		印
		年 月 日		印
		年 月 日		印
		年 月 日		印

(注)

- 1 受けようとする成人健康診査の名称の欄は、受診しようとする成人健康診査の番号に○印を付けてください。
- 2 同一世帯に属する者が同時に申請書を提出する場合には、世帯の状況の欄は、2枚目以降、記載不要です。