

様式第1号(第4条関係)

総社市健康診査等費用免除申請書

年 月 日

総社市長 様

住所  
申請者  
(本人又は同居の家族)  
氏名

総社市健康診査等費用徴収規則第3条の規定による費用の免除を受けたいので申請します。

なお、それに伴い市民税課税台帳等により確認されることを承諾します。

フリガナ	
受診者名	
住 所	
生年月日	年 月 日
申請理由	

.....※下記には記入しないでください。.....

決裁日					年	月	日
課 長	補 佐	係 長	主 任	係 員			

受付年月日			
交付年月日		交付番号	

上記の者は

- 1 生活保護を受給している世帯員です。

照 合 年 月 日	確 認 者 印
年 月 日	

- 2 年度の市町村民税は、課税されていない世帯員です。

照 合 年 月 日	確 認 者 印
年 月 日	

- 3 その他市長が特に必要と認める者

「 免除される検診等の項目及び自己負担金を記載 」