

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

申請者 住所  
(本人又は同居の家族)  
氏名  
電話番号

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	主幹	主査	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

「 」