

都城市長 宛て

申請者 (住所) 都城市

(氏名)

(受診者との続柄)

(電話番号)

都城市各種検診自己負担金免除申請書

私は、市民税非課税世帯に属し、都城市健康診査の実施に関する規則第 4 条の規定により、都城市が実施する健康増進法等に基づく各種検診等に係る自己負担金の免除を申請します。

なお、申請に係る課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により都城市が確認することに同意します。

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続 柄	免 除 希 望 者	備 考
	年 月 日	世帯主		
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

※ 窓口に来られた方の本人確認を行っています。申請の際には身分証明書を御提示ください。

【健康課記入欄】

交付年月日	年 月 日	指令番号	
課税状況	非課税 課 税 （課税者 ： ）		
本人の確認方法	1 免許証・マイナンバーカード・写真入居基カード・障害者手帳 （その他 ） 2 資格確認書・年金手帳・年金証書・顔写真無し住基カード （その他 ）		