

以下の①～③の太線内の事項を記入してください。

健康診査等受診料の免除申請書

美濃加茂市長 あて

① 申請者	
住 所	美濃加茂市
申請者名	
電 話	
申 請 日	平成 年 月 日

私は平成 年度② **非課税世帯・生活保護世帯** に属するので、平成 年度に美濃加茂市が実施する健康診査に要する受診料の免除を申請します。

また、確認のために健康課が住民情報及び課税情報等を調査することについても同意します。

③	同一世帯員の氏名			※健康課処理欄	
	<input type="checkbox"/> ふりがな氏名	生年月日・年齢	受診予定月 ※健康診査を受けない場合は記載不要	申請No.	確認
<input type="checkbox"/>	M.T.S.H 年 月 日 (歳)	月頃		課税 非課税 生保 ()	証明書No. 却下通知 ()
<input type="checkbox"/>	M.T.S.H 年 月 日 (歳)	月頃		課税 非課税 生保 ()	証明書No. 却下通知 ()
<input type="checkbox"/>	M.T.S.H 年 月 日 (歳)	月頃		課税 非課税 生保 ()	証明書No. 却下通知 ()
<input type="checkbox"/>	M.T.S.H 年 月 日 (歳)	月頃		課税 非課税 生保 ()	証明書No. 却下通知 ()
<input type="checkbox"/>	M.T.S.H 年 月 日 (歳)	月頃		課税 非課税 生保 ()	証明書No. 却下通知 ()

※ 市の健康診査を受診される人(予定も含む)には、□にレ点をお願いします。

※ 該当世帯の場合は、□にレ点をつけられた世帯員の人も証明書を発行します。

※ 名字が違ってても、同一世帯に属する人であれば記入してください。