

受診者負担金免除申請書

●●年 ●月 ●日

（宛先） 佐倉市長

佐倉市特定健康診査及び健康診査等の受診者に係る費用の負担に関する規則第6条第1項の規定により、受診者に係る負担金の免除を申請します。

フリガナ	サクラ ハナコ
申請者氏名	佐倉花子
住 所	〒285-0825 佐倉市 江原台2-27
生年月日	●●年 5月 10日生（●歳）
電話番号	（043） 497 - 6750

下記のいずれかに、○をしてください。

免除を受けようとする理由	1 生活保護法第6条第1項の規定により保護を受けている世帯に属する。
	☒ 2 市民税の非課税世帯に属する。

次の欄は、免除を受けようとする申請者及びその世帯員を記入してください。

区 分	同 意 内 容	氏 名
※申請者及びその世帯員	健康診査等利用者負担金免除申請に当たり、生活保護法による被保護世帯であること又は私の住民登録資料、税務資料その他について佐倉市が公簿により確認することに同意します。	(印)
		(印)
		(印)
		(印)

※本人署名の場合は、押印不要です。

【ここに記名する対象者】

- ☐ 申請者本人
 - ☐ 18歳以上の世帯員のかた全員
 - ☐ 18歳未満だが、所得のある世帯員
- ※世帯員とは、同じ住民票の人です。

- 申請書は、1名につき1枚ずつ記入してください。
- 記入後は、健康管理センター、西部保健センター、南部保健センターの窓口へ提出してください。または、下記へ郵送してください。

〒285-0825 江原台2-27 健康推進課 健診班