

個人負担金免除申請書

知立市保健センター所長 様

申請年月日 年 月 日

健康増進事業等に係る個人負担金免除の適用を受けたいので申請します。なお、知立市保健センター所長が免除の要件に該当することの確認のために、申請者及びその世帯員について、公簿等により私の課税状況を取得しその他必要な事項を確認することその他必要な調査を行うことを承諾します。

1 個人負担金免除申請者(受診者または被接種者)

住 所：知立市
氏 名：
電話 番号 ( ) -
生年月日： 年 月 日
減免の種類：※申請をする項目に☑して下さい。
□健康診査事業
□高齢者インフルエンザ予防接種
□高齢者用肺炎球菌予防接種(定期接種)※初めて接種する方のみ対象
確認事項：※同一世帯員がいる場合は下記内容を確認後☑して下さい
□世帯員の課税状況等必要事項を知立市保健センターが確認することについて、同一世帯員の同意を得ています。

2 個人負担金免除該当区分 (知立市健康増進事業個人負担金取扱要綱第5条)

※該当する区分に☑をしてください。
□生活保護法により保護を受けている世帯に属する者(第1号)
□当該年度の市町村民税非課税世帯に属する者(第2号)
免除申請に関する課税年度 年度

3 個人負担金免除申請者と同一世帯に属する人

Table with 4 columns: No., Name, Birth Date, and Applicant Relationship. Rows 1, 2, 3.

4 代理人が申請する場合の委任欄

(申請者が本人又は同一世帯員以外の場合は記入が必要です。)

私は、下記の代理人(受任者)に健康増進事業等の個人負担金免除申請手続きを委任します。
個人負担金免除等申請者(委任者) 氏名：
委任欄
代理人(受任者)
住所：
氏名：
電話番号 ( ) -
生年月日： 年 月 日
申請者との続柄

※氏名欄は自署又は記名押印