

堺市大腸がん検診一部負担金免除申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生 (歳)

堺市大腸がん検診に係る一部負担金の免除を受けたいので、堺市大腸がん検診の実施に関する要綱第8条の規定により次のとおり申請します。

免除の理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付世帯
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯受給者証 <input type="checkbox"/> 住民税課税証明書又は住民税課税通知書 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
確認年月日	* 年 月 日
確認者	*

注意 *印は、記入しないでください。

申請者の世帯の状況

氏 名	生年月日	氏 名	生年月日

※課税状況確認承諾欄

年 月 日

堺市長 殿

堺市において必要があると認めるときは、税務担当課に、私及び私の世帯の課税状況等について確認されることに同意します。

このことは、私の世帯員の同意を得ています。

申請者 住所

氏名

(申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)