

堺市骨粗しょう症予防検診料免除申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者住所

(フリガナ)

氏名

生年月日 年 月 日生 (歳)

電話番号 ()

堺市骨粗しょう症予防検診に係る検診料の免除を受けたいので、堺市骨粗しょう症予防検診事業の実施に関する要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

記

免除の理由	☐ 生活保護世帯 ☐ 中国残留邦人等支援給付世帯 ☐ 市民税非課税世帯
添付書類	☐ 現在受給中の生活保護世帯受給者証 ☐ 中国残留邦人等支援給付証明書 ☐ 住民税課税証明書または住民税課税通知書（注） ☐ その他（ ） （注）世帯主、世帯員毎に所得がある場合は、それぞれの証明書が必要です。 また、申請年の1月1日時点(1月～5月に申請する場合は前年1月1日時点)他市に居住しており、その後堺市に転入された方は、他市分の上記証明書が必要です。

- * 上記添付書類を提出した場合は、下記世帯状況の記載は不要です。
- * 下記の者は、当該事務手続を処理することに限り、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

申請者の世帯状況	氏名	生年月日	対象者との続柄	住 所（1月1日時点の住所）
			本人	☐ 申請者と同じ
				☐ 申請者と同じ
				☐ 申請者と同じ
				☐ 申請者と同じ
				☐ 申請者と同じ
				☐ 申請者と同じ
				☐ 申請者と同じ
				☐ 申請者と同じ

<注意事項>

- 同意する者がそれぞれ自ら署名（自署できない場合は記名・押印）してください。
同意するものが未成年の場合は、親権者が当該未成年者の氏名を記載し、親権者の署名（または記名・押印）とその横に続柄（当該未成年者に対する親権者の続柄）を記載してください。
- 代理人が署名する場合、本人の委任状が必要です。