

## 健康診査の自己負担減額申請書

(あて先) 周南市長

(申請者) 住 所 周南市

氏 名 ふりがな [No. ]

生年月日 昭・平 年 月 日 ( 歳)

周南市健康診査事業実施要綱における健康診査の自己負担減額を受けたいので申請します。また、自己負担減額の決定について、本申請書をもって私の世帯の市税に関する調査を承諾します。

健康診査自己負担減額希望者 (申請者以外の人)

	氏 名	生年月日	年 齢	
1		昭・平 年 月 日	歳	No.
2		昭・平 年 月 日	歳	No.
3		昭・平 年 月 日	歳	No.

※ 市記入欄

世帯構成員氏名	続 柄	市民税課税状況
	本 人	非 課 税 ・ 課 税
		非 課 税 ・ 課 税
		非 課 税 ・ 課 税
		非 課 税 ・ 課 税

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	処理要旨	受付年月日
㊟					決定いたしたく	令和 年 月 日