様式（第１３条関係）

**区民健診自己負担金免除申請書**

太線内を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付ＮＯ |  |
| 受診年度 | 年度 |
| 申請される方 | ふりがな |
| 　 氏名 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　歳　　　 |
| 住所 | 中野区　　　　　　　　　 丁目　　　　番　　　　　　　　号 |
| 電話番号 | 　　　 (　　　　　　　) |
| 免除申請理由 | [ ] 生活保護世帯　[ ] 住民税非課税世帯　[ ] その他(　　　 　 ) |
| 同じ世帯の方の氏名 | ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |
| ④ |  |
| ⑤ |  |
| 上記のとおり健診の自己負担金の免除を申請します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 中野区長　宛て 申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認資料 | 　　□　　　　　年度　住民税課税証明書 |
| 　　□　その他　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　　□　　　免　除　可 |  | 　　□　免除不可　　　 | 　 |
|  | 　　理　由 |  | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 決裁欄 | 担　　当 | 係長 | 課長 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理経過 |  |  |  |  |  |  |  |
| 免除表示をした受診券の種類 | 国　　長　　健　　胃（エックス線・内視鏡・リスク）　　乳　　子　　大　　眼　　歯　　聴　　　 |
| 認定日 | 　　　　　年　　　　月　　　日 | 電算処理日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |