

区民健診自己負担金免除申請書

受付NO		太線内を記入してください。
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	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 中野区長 宛て <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者 _____</div>		

確認資料	<input type="checkbox"/> 年度 住民税課税証明書 <input type="checkbox"/> その他
------	--

<input type="checkbox"/> 免除可	<input type="checkbox"/> 免除不可 ----- 理由
------------------------------	--

確認者			
	担当 執行責任者 統括管理者		
		年 月 日	

処理経過

免除表示をした受診券の種類	国 長 健 胃(X線)	乳 子 大 眼 歯	
認定日	年 月 日	電算処理日	年 月 日