

## 区民健診自己負担免除申請書

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	
<p>上記のとおり健診の自己負担金の免除を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>中野区長 宛て</p> <p style="text-align: right;">申請者 _____</p>		

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
-------------------------------------

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票の種類	国 長 健 胃(エックス線・内視鏡・リスク)	乳 子 大 眼 歯
認定日	年 月 日	電算処理日 年 月 日