

都城市長 あて

申請者 （住所） 都城市  
（氏名）  
（受診者との続柄）  
（電話番号）

都城市各種検診自己負担金免除申請書

私は、市民税非課税世帯に属し、都城市健康診査の実施に関する規則第4条の規定により、都城市が実施する健康増進法等に基づく各種検診等に係る自己負担金の免除を申請します。

なお、申請に係る課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により都城市が確認することに同意します。

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	免除 希望者	備考
	年 月 日	世帯主		
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

※申請の際には申請者本人の身分証明書の写しを同封してください。

【健康課記入欄】（以下は記入しないで下さい。）

交付年月日	年 月 日	指令番号	
課税状況	非課税 課税（課税者： ）		
本人の確認方法	1 免許証・マイナンバーカード・写真入居基カード・障害者手帳 （その他 ） 2 健康保険証・年金手帳・年金証書・顔写真無し住基カード （その他 ）		