

都城市長 宛て

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			

※ 窓口に来られた方の本人確認を行っています。申請の際には身分証明書を御提示ください。

【健康課記入欄】

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 資格確認書・年金手帳・年金証書・顔写真無し住基カード （その他 ）		

委任状

都 城 市 長 あて

代理人（窓口に来られる方）

現住所

氏 名

生年月日

年

月

11

電話

私は、上記の者を代理人と定め、都城市各種検診自己負担金の免除申請及び免除通知書受領の権限を委任します。

なお、このことについて問題が生じても、その一切の責任を負い、貴市には迷惑をかけません。

令和 年 月 日

委任者（申請者）

現住所

都城市

氏 名

⑨ 自書の場合不要

※自書でない場合は押印又は指印が必要

- ※ 偽り、その他不正な手段により交付を受けた場合は罰せられます。
- ※ 上記委任者は、字を書くことが困難なため、委任状の内容について本人に了承を得た上で代筆しました。

代筆者署名