

様式第 1 号（第 5 条関係）

健康診査等徴収金免除申請書

年 月 日

高島市長

申請者 住所  
氏名  
電話

高島市健康診査等に要する費用の徴収規則第 5 条第 2 項の規定により、徴収金の納付を免除されるよう下記のとおり申請します。

なお、当該申請に伴い、私および私の属する世帯全員の市民税の課税状況を照会することについて承諾します。

記

免除を受けようとする世帯員名		生年月日	年 月 日
最初の受診予定日	年 月 日		
免除申請の理由	<input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けている世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 前年度分の市民税が非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
免除を受けようとする健康診査等	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> がん検診 （ 胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん、肺がん ） <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 <input type="checkbox"/> 歯周疾患検診 <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健康診査		