

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
住所	日	歳
	中野区	丁目
電話番号	番 号	
免除申請理由	()	
同じ世帯の方の氏名	<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()	
	①	
	②	
	③	
	④	
上記のとおり健診の自己負担金の免除を申請します。		
		年 月 日
中野区長 宛て		
申請者 _____		

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券の種類	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