

個人負担金免除申請書

令和 年 月 日

刈谷市長

※太枠の中をご記入ください。

①申請者	住 所	電話番号 () -
	ふりがな	
	氏 名	
	受診者又は被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人・同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ※本人又は同一世帯員以外の場合は、⑥委任が必要です。

次のとおり検診等の個人負担金の免除を申請します。

なお、個人負担金の免除の審査に当たり、市が必要な世帯の所得等に係る公簿及び生活保護等の台帳を閲覧することに同意します。

②受診者又は被接種者	個人番号	
	住 所	刈谷市 電話番号 () -
	ふりがな	
	氏 名	(男・女)
	生年月日	大正 年 月 日 (歳) 昭和 年 月 日 平成 年 月 日
③検診等の種類	<input type="checkbox"/> がん検診 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 (9月末から申請受付します) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 (定期接種) ※初めての接種に限る	
④申請理由 ※該当するものに印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯及び中国残留邦人等支援給付受給世帯	
⑤無料券送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所	

※⑥申請者が本人又は同一世帯員以外の場合は、以下の委任欄をご記入ください。

委 任	
令和 年 月 日	被接種者氏名.....
私は、次の者を代理人と定め、この申請に係る権限を委任します。	
代理人住所.....	氏名.....

保健センター記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証・保険証・パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 郵便受取	審査結果	生保・非課税・課税				税確認 /
		無料券番号	が	い	肺	職員サイン	作成者
			No	分類	No		No