

# 各種保健事業自己負担免除対象者用予診票発行同意書

( がん検診 ・ 高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者インフルエンザ )

◆住民票上の世帯員全員が市民税非課税の方が対象です。申請に当たっては下記の注意事項をご確認ください。

令和 年 月 日

私（下記の者）は、上記事業の自己負担金の免除対象者であることの確認を申請するとともに、自己負担金免除用予診票の発行を依頼します。なお、確認に伴い、必要に応じて下記対象者及び世帯員全員に対する住民税の課税状況等(他課で把握している分を含む)について調査することに同意します。

申請者氏名 (接種を受ける人)	ふりがな
	氏名
	代理署名の場合 代理者氏名 印 続柄
申請者住民登録地 (住民票があるところ)	御所市
電話番号 (連絡先)	— — ( )
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日

<注意事項>

- この申請により自己負担が免除になるのは、ご本人が属する世帯全員が市民税非課税となっている方です。世帯に、お一人でも市民税が課税されている場合は、自己負担免除の対象となりません。
- 市民税の賦課期日（前年度の1月1日）に、御所市以外の市町村にお住まいだった方は、本市で課税状況を確認できません。1月2日以降に御所市へ転入された方が世帯内におられる場合は、転入された方全ての1月1日時点での住所地の市町村民税課税証明書が必要になりますので、申請書に添付して提出してください。
- 免除対象者用予診票（無料と明記）は、原則としていきいきライフセンター健康推進課窓口で交付します。家族以外の代理人が申請・受領される場合は、委任状が必要です。また、受領の際には本人確認書類（運転免許証または保険証・診察券など2点）の提示が必要ですので、必ずお持ちください。

※ここからは記入しないでください。

身分確認	<b>【窓口に来られた方】</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ※要委任状 (関係 )		
	<b>【確認したもの】</b> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 公的医療保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
判定	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center;">                 該 当 ( 非 ・ 生 )             </td> <td style="width:50%; text-align:center;">                 非 該 当 ( 課税 ・ 未申告 ・ 住民登録 ・ 転入 )             </td> </tr> </table>	該 当 ( 非 ・ 生 )	非 該 当 ( 課税 ・ 未申告 ・ 住民登録 ・ 転入 )
該 当 ( 非 ・ 生 )	非 該 当 ( 課税 ・ 未申告 ・ 住民登録 ・ 転入 )		

担当 ( )