

## 成人歯科健診受診者負担金免除申請書

年 月 日

小田原市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

受診者との続柄 \_\_\_\_\_

小田原市成人歯科健診実施に関する要綱第8条の規定により、次のとおり負担金の免除を申請します。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話	( )
住所	〒 小田原市		
生年月日	年 月 日	年齢	歳
免除申請の理由 (1) 地方税法の規定による市民税非課税世帯に属する (2) 生活保護法の規定による被保護世帯に属する			

※免除決定のために、私の属する世帯の状況を調査することに同意します。

世帯主 氏名 \_\_\_\_\_

世帯構成員 氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※上記住所以外に免除確認書の郵送を希望

される場合

住所：〒

氏名：