

様式第1号 (第12条関係)

特定健康診査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

小田原市特定健康診査等実施に関する要綱第12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
健診名	小田原市国民健康保険被保険者 特定健康診査		
免除申請の理由 地方税法の規定による市民税非課税世帯に属する			

※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

※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：