

様式第 1—1 号(第 4 条関係)

年 月 日

健康診査費用免除承認申請書

宮代町長 様

住所 宮代町

申請者 氏名 印

電話番号 ( )

私は、住民税非課税世帯(世帯全員が非課税)に該当するので、費用免除を申請します。  
また、費用免除申請事由の確認のため、住民税課税状況の閲覧に同意します。

健康診査を受ける方	住 所	宮代町
	氏 名	
	生年月日	大・昭 年 月 日(満 歳)

【確認欄】

- |  |
|--|
| 1 住民税非課税世帯(世帯全員が非課税)の一員である<br>2 住民税課税世帯である<br>3 未申告等である( ) |
|--|

税務情報確認日： 年 月 日

	室長	主幹	主査	担当
保健センター 確認欄				