様式第１号（第３条関係）

利府町住民健診等費用免除申請書

年　　月　　日

利府町長　殿

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

個人番号

次の住民健診等について、利府町住民健診等費用徴収に関する要綱第４条第２項に基づき、費用の免除を申請します。

区分	該当する区分に〇印を付けてください。 若年の健康診査・前立腺がん検診・胃がん検診・大腸がん検診・乳がん検診・子宮頸がん検診・歯周病検診・骨密度検診・肺がん検診かくたん検査			
家族構成	氏　　名	生年月日	続柄	個人番号
			本人	

※家族構成は、住民票の世帯全員の氏名と個人番号を記入願います。

利府町の保有する公簿等により、申請に必要な町県民税課税状況を調査することを承諾します。

（世帯全員（未成年者等以外）の記名（自署））

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

氏名

≪持参する物≫①個人番号カード、②個人番号カードがない方は、顔写真付きの身分証明書等