|  |
| --- |
| 健康診査負担金免除（減免）申請書 |
| 年　　月　　日　　　　柏崎市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　柏崎市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【本人確認】□マイナンバーカード　　□免許証　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□健康保険証　　□その他（　　　　　　）　令和６年度（2024年度）健康診査負担金を免除（減免）くださるよう申請します。　なお、世帯の市民税課税状況について調査することに同意します。記１ 世帯状況　※１９歳以上の方（学生を除く）を記載してください。 |
|  | 氏　　名 | 続柄 | 年齢 | 免除(減免)確認書 | 個人番号 |  |
| （生年月日） |
|  | 本人 |  | □必要 |  |
| (大・昭・平 　　年 　　月 　　日) |
|  |  |  | □必要 |  |
| (大・昭・平 　　年 　　月 　　日) |
|  |  |  | □必要 |  |
| (大・昭・平 　　年 　　月 　　日) |
|  |  |  | □必要 |  |
| (大・昭・平 　　年 　　月 　　日) |
|  |  |  | □必要 |  |
| (大・昭・平 　　年 　　月 　　日) |
| 　２ 免除理由（ 　 ）（ 　 ）そ　の　他　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

* 市民税非課税世帯…その世帯全員について市民税が非課税であることを条件としますので、市役所税務課また

は税務署で確定申告などを行ってください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 番　　　号 | 2024‐ |
|  |  | 係 | 確認年月日 | 通知年月日 | 認 定 理 由 |
|  |  |  |  |  |  |

柏崎市