

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

電話番号

【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 (生年月日)	続柄	年齢	免除(減免)確認書	個人番号
(大・昭・平 年 月 日)	本人		<input type="checkbox"/> 必要	
(大・昭・平 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 必要	
(大・昭・平 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 必要	
(大・昭・平 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 必要	
(大・昭・平 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 必要	
(大・昭・平 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 必要	

2 免除理由

() 市民税非課税世帯に属する者

() 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。

		係	確認年月日	番号 通知年月日	2024 - 認定理由