

健康診査自己負担金減免証明書交付申請書

(個別がん検診用)

令和 年 月 日

坂町長 様

申請者

ふりがな

氏 名 _____ 印

住所 坂町 _____

電話 _____

①交付希望者

氏名

生年月日 _____

(歳)

②交付希望者

氏名

生年月日 _____

(歳)

③交付希望者

氏名

生年月日 _____

(歳)

※交付希望者と別世帯の方が申請を行う場合は委任状が必要です。

健康診査自己負担金減免証明書（乳がん検診・子宮頸がん検診・胃がん検診）の交付を申請します。
なお、交付要件確認のため、住民基本台帳、町民税課税台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。

交付No.	受付印	確認（税務住民課・民生課）		
		確認日	課税状況	職員名
①			課税・非課税	
②				
③				

(健康診査自己負担金減免証明書有効期限：令和5年3月31日)

委 任 状

令和 年 月 日

(提出先) 坂町長 様

(委任者)

住 所 坂町_____

電話 _____

①ふりがな

氏 名 _____印

②ふりがな

氏 名 _____印

③ふりがな

氏 名 _____印

私（達）は、次の者を代理人と定め、健康診査自己負担金減免証明書交付申請に関する一切の権限を委任します。なお、交付要件確認のため、住民基本台帳、町・県民税課税台帳等の調査、照会、閲覧を町が行うことについて同意します。

(受任者)

住 所 _____

ふりがな

代理人氏名 _____ 印

電 話 _____

委任者との関係 _____