

健康診査自己負担金減免証明書交付申請書

令和 年 月 日

坂 町 長 様

申請者	ふり 氏	がな 名
	住 所	坂町 丁目 番 号
	電話番号	

健康診査自己負担金減免証明書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。

①交付希望者	ふりがな 氏名	
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
②交付希望者	ふりがな 氏名	
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日
③交付希望者	ふりがな 氏名	
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日

※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。(裏面)

受付印	確認(税務住民課)			確認(保険健康課)	
	確認日	課税状況	職員名	取扱	確認
		課税・非課税			

(健康診査自己負担金減免証明書有効期限：令和8年3月31日)

上記の者に減免証明書を交付する

保険健康課

起案 令和	課長	係長	主任	係員	起案者
決裁 令和					
施行 令和	施行方法		備考		

委任状

令和 年 月 日

坂町長 様

(委任者) 住 所 坂町 丁目 番 号

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 _____

電話番号 _____

委任者との関係 _____