

様式第1号 (第7条関係)
第 号

春日部市検診無料券交付申請書及び承諾書

※太枠内を記入してください。
※該当する□に✓をしてください。

申請者	住所	
	氏名	
	電話番号	— —
申請日		年 月 日

受診者	住所	春日部市
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日(年齢)	年 月 日 満 歳
	電話番号	— —
	検診の種類	<input type="checkbox"/> 集団 胃がん検診 (エックス線) <input type="checkbox"/> 集団 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 個別 胃がん検診 (内視鏡) <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 歯周病検診

春日部市長 あて

春日部市検診無料券の交付を申請します。
 なお、当申請に当たり、次の世帯全員の課税状況を確認することを承諾します。
 (署名)

本人氏名 _____

世帯員氏名 _____

《同一住民票世帯全員の承諾が必要です》

世帯員氏名 _____

世帯員氏名 _____

※申請者(窓口に来た人)は、本人確認ができるものを提示してください。
 ※本人又は同居の親族以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。
 ※住民税非課税世帯とは、世帯全員の方が非課税である場合をいいます。
 ※住民税の申告がされていない場合は、住民税の申告後に、無料券の申請をしてください。
 春日部市処理欄

受付者名		調査年月日	年 月 日	備考
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()			
申請者の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他 ()			
審査結果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否⇒ (<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 転入)			