

様式1

小樽市長 様

公印

課長	主査	受付

検診費用(自己負担額)が無料となる連絡票 交付申込書

小樽市がん検診の検診費用(自己負担額)が無料となる連絡票の交付について、以下のとおり申し込みます。
 なお、連絡票の交付の審査のため、小樽市が保有する住民税関係情報を利用することに同意します。

申込日		令和 年 月 日		
申込者	住所	小樽市		
	氏名	印	生年月日	S・H 年 月 日
	個人番号		電話番号	
代理人	住所			
	氏名		続柄	
同一世帯に属する者	氏名	続柄	住所(申請者と同じ場合は省略可)	
	個人番号			

保健所使用欄

課・非 扶・未 課税権なし

保健所使用欄

課・非 扶・未 課税権なし
課・非 扶・未 課税権なし
課・非 扶・未 課税権なし
課・非 扶・未 課税権なし

備考 1 この申込書を提出する際は、本人確認書類及び個人番号が確認できる書類を提示してください。
 2 代理人がこの申込書を提出する場合は、代理人の代理権を証明する書類及び代理人の本人確認書類をあわせて提示してください。

受診希望者確認	代理人確認
保険証 免許証 マイナカード	保険証 免許証 マイナカード
()	()

保健所使用欄

非課税世帯 ・ 課税世帯 ・ 判定不可 (未申告 ・ 課税権なし ・ その他)

課税年度 年度