（別紙１）

検診費用免除申請書

令和　　年　　月　　日

沼 田 町 長　　様

（申請者）　住　所

氏　名

生年月日　S・H　　年　　月　　日（　　歳）

電話番号

次のとおり、検診費用免除証明の交付を申請します。あわせて、私が属する世帯の課税状況等について、関係職員が確認することに同意します。

申請者以外の対象者	住所		沼田町	
	1	ふりがな		生 年 月 日
		氏名		昭和　平成 年　月　日（　歳）
	2	ふりがな		生 年 月 日
		氏名		昭和　平成 年　月　日（　歳）
	3	ふりがな		生 年 月 日
		氏名		昭和　平成 年　月　日（　歳）
	4	ふりがな		生 年 月 日
		氏名		昭和　平成 年　月　日（　歳）
免除の理由 （該当に○）			１．生活保護世帯に属する。 ２．住民税非課税世帯に属する。	

町長	副町長	課長	参事	補佐･主幹	主査	担当員

確認

確認結果	免除	免除不可	確認日	令和　　年　　月　　日

事由	生活保護世帯	非課税世帯	課税（本人）	課税（家族）	未申告	その他（　　）