

の枠内を記入してください。

津山市長殿

施設名、所在地、職名、氏名、電話番号を記載の上、

令和 ○年 ○月 ○日

施設・病院名 ○○○老人ホーム

所在地 津山市山北△△

職名・氏名 施設管理者 津山 太郎

電話番号 0868-××-××××

津出

津山市検診等無料券交付申請書(施設等申請用)

交付申請を希望される方の氏名、住所(住民票の所在地)、電話番号を記入の上、必ず押印してください(スタンプ印不可)。住民票が施設等にある申請者が複数いる場合は、住所・電話番号を同上としてください。

にあたり無料券の交付を申請します。なお、当該申請にかかる収入税状況を閲覧することについて同意を得ています。

申請者の区分を必ずどちらか選んでください。

津山市記入欄

No	氏名	住所	生年月日	電話番号	押印	申請区分	発行の可否	発行番号
1	岡山 花子	津山市山北△△	大昭平 ○年 ○月 ○日	0868-××-××××	岡山	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
2	鶴山 太郎	同上	大昭平 ○年 ○月 ○日	同上	鶴山	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
3			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
4			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
5			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
6			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
7			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
8			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
9			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.
10			大昭平 年 月 日		印	市県民税非課税世帯 生活保護受給者	可・否	No.

多数の場合は裏面を使用してください。