

津山市長殿

施設・病院名 _____

所在地 _____

職名・氏名 _____ 印

電話番号 _____

津山市検診等無料券申請書(施設等申請用)

当施設の入所・入院している津山市民が、がん検診等を受診する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状況の申告に代えて施設入所者及び入院者の世帯の市県民税課税状況を閲覧することについて同意を得ています。

							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			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.
2			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.
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。