

世田谷区立保健センター使用料免除申請書



平成 年 月 日

世田谷区長 あて

申請人 住 所 東京都世田谷区

(ふり かな)

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

電 話

次のとおり使用料の免除を申請いたします。

利 用 種 目	がん検診		
利 用 日 時	平成30年4月1日から平成31年3月31日まで		
規 定 使 用 料	条例別表のとおり	減額の割合 及び使用料	10割 使用料 0円
減額・免除の 申 請 理 由	規則第4条第1項第2号の規定に該当するため。		

同 意 書

私は、区が私の住民税について非課税に該当の有無を確認することに同意します。

住 所	東京都世田谷区
受診者本人 氏名(署名)	
氏名(署名)	
氏名(署名)	
氏名(署名)	
氏名(署名)	

20歳以上の世帯員全員(受診者本人を含む)が自署してください。

署名が難しい場合(ゴム印で記名した場合等)は氏名の横に押印してください。(スタンプ印は使用不可)