

平成 **29** 年 ● 月 ● 日

世田谷区長 あて

申請書 1 枚につき 1 名の申請となります。
2 名の方が申請する場合には申請書を 2 枚ご提出ください。

申請人 住 所 東京都世田谷区 **世田谷4-21-27**
 (ふり がな) **せたがや たろう**
 氏 名 **世田谷 太郎**
 生年月日 明治・大正・**昭和** ●● 年 ● 月 ● 日
 電 話 **5432-2936**

次のとおり受診券（無料）の交付申請をいたします。

該当の健診に○をしてください。

利用種目 (該当する健診に○をしてください。)	<input checked="" type="radio"/> 特定健診 <input type="radio"/> 長寿健診
申請理由	世帯全員の前年度の住民税が非課税であるため。

同意書

私は、上記の交付申請を行うにあたり、区が私（共）の住民税の課税状況について調査することに同意します。

申請者本人 氏名（署名）	世田谷 太郎	申請者本人の署名をお願いします。
氏名（署名）	世田谷 花子	20歳以上の世帯員がいる場合、署名をお願いします。 ※署名に漏れがあった場合は、課税状況について調査ができないため、書類をご返送いたします。
氏名（署名）	世田谷 一郎	
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）が署名してください。

※署名が難しい場合（ゴム印等で記名した場合は）氏名の横に押印してください。

【世田谷区使用欄】（記入しないでください）

受付NO		係員	係長
確認日	平成 年 月 日		
非課税 ・ 課税 ・ 未申告 ・ 非居住 ・ その他			
交付	可 ・ 否		