

世田谷区立保健センター使用料免除申請書

**A**  
がん検診  
自己負担金  
免除申請用

※摩擦熱等の温度変化で筆跡が消えるボールペン、修正テープ、修正液は使用不可

令和 年 月 日

世田谷区長 あて

1 申請人

住 所 東京都世田谷区

ふりがな

氏 名

※この署名により、私の住民税について照会することに同意します。

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号 ( )

※年度末年齢が20歳以上の同一世帯員がいる場合は、下記2に全員分の署名が必要です。

2 住民税照会同意書

住民税照会同意書 署名欄	
私は、区が私の住民税について照会することに同意します。	
世帯員氏名 (署名)	
世帯員氏名 (署名)	
世帯員氏名 (署名)	
世帯員氏名 (署名)	

※がん検診を無料で受けるためには、世帯員全員が住民税非課税対象者であることを照会する必要があります。住民税の照会には本人の同意（署名）が必要です。

※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）

次のとおり使用料の免除を申請します。

利 用 種 目	世田谷区のがん検診		
利 用 日 時	令和6年4月1日から令和7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。		