

記入例

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

訂正する場合は、二重線で訂正してください。

1 申請人

住 所 東京都世田谷区 **世田谷4-24-1**

ふりがな **せたがや たろう**

氏 名 **世田谷 太郎**

※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 **03 (5432) 2447**

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。

※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) **世田谷 花子**

世帯員氏名 (署名) **世田谷 一郎**

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、世帯員が必要あり、住民税の照会には本人の同意

※署名が難しい場合 (ゴム印で記名した場合等) は氏

20歳以上 (年度末年齢) のすべての世帯員の署名をお願いします。

※署名に漏れがあった場合、書類をご返送し、再度署名を依頼する必要があるため、お手続きに時間がかかってしまいますので、漏れのないようにお願いします。

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	10割
		及び使用料	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。		