

特定健診・長寿健診 受診券（無料）交付申請書

令和 年 月 日

世田谷区長 あて

申請人 住 所 東京都世田谷区

(ふり がな)

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

電 話

次のとおり受診券（無料）の交付申請をいたします。

利 用 種 目 (該当する健診に○をしてください。)	特定健診 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。

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）	

19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	
確認日	令和 年 月 日
非課税 ・ 課税 ・ 未申告 ・ 非居住 ・ その他	
交付	可 ・ 否

係員	係長