

記入例

令和5年度 各種健診無料券申請書（非課税）

長浜市健康推進課 宛

この太枠内は、申請者ご自身が記入してください。

申請日： ○ 年 ○ 月 ○ 日

次のとおり、各種健診無料券の交付を申請します。

- 申請理由 長浜市市民税非課税世帯に属するため
- 申請者（受診希望者）および申請者と同一の世帯員氏名
希望する健診に○をしてください。対象外の場合は受診券が届きませんのでご了承ください。

住所	長浜市 小堀 町 32番地3
電話番号	65-7759

氏名 生年月日	年齢	生活 習慣病	胃がん	肺がん	大腸 がん	子宮頸 がん	乳がん	骨粗 しょう症	肝炎 ウイルス
氏名 長浜 太郎 T・S・H □年 □月 □日	63		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
氏名 長浜 花子 T・S・H △年 △月 △日	49					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
氏名 T・S・H 年 月 日									

無料券を希望される方の氏名・生年月日を記入してください。

無料券を希望する健診項目のすべてに○を記入してください。

必ず、申請者ご自身がご署名ください。

各種健診無料券の交付を決定するために、受診者と同一世帯員及び生活保護受給状況を、健康推進課職員が調査することに同意します。

○ 年 ○ 月 ○ 日

署名 **長浜 太郎**

以下記入不要

年 月 日

非課税世帯

／ 非該当

健康推進課確認職員