

受診者負担金免除申請書

(宛先) 桜井市長

桜井市が実施する検診等において、自己負担金の免除を申請します。

なお、桜井市が免除決定に必要な情報(住民基本台帳・市税課税台帳等)を確認することに同意します。

申請日 年 月 日

受 診 者	(ふりがな) 氏名		
	住所	桜井市		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	電話番号 (日中連絡のつきやすい番号)			
	申請理由 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 満75歳以上である <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を取得		

【申請者】 ※以下は受診者(本人)以外が申請する場合のみ記入

(ふりがな) 申請者氏名	本人との続柄	
申請者住所			
申請者電話番号 (日中連絡のつきやすい番号)			
委任状 申請者が同居の 家族以外の場合のみ記入	私(受診者)は本申請に係る権限を上記の者に委任します。 年 月 日 委任者(受診者)氏名 _____		