

市民税課税状況確認書

◎太枠内を記入してください

白山市保健事業に係る費用の徴収要綱に基づき、健康診査・がん検診個人負担金の審査に関する事務処理に限って、市民税の賦課の確認を受けることについて同意いたします。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

令和 年 月 日

住 所	白山市 町 丁目 番地		
電 話	() —		
ふりがな 受診者 (押印または自署にて印してください)	昭・平 年 月 日 (歳) *65~69歳で、後期高齢者医療制度加入の方は、免除証の申請は必要ありません。	税務課 確認欄	
		課税	非課税
生年月日	世帯主	課税	非課税
		課税	非課税
		課税	非課税
その他の 家族		課税	非課税
		課税	非課税
		課税	非課税

受診希望	1 白山市いきいき健診(年度18歳~39歳)
	2 子宮頸がん検診(年度20歳~・前年度未受診者)
	3 乳がん検診(年度40歳~・前年度未受診者)
	4 肺がん検診(年度40歳~)
	※5 胃がん検診(バリウム検査)(年度40歳~)
	※6 胃がん検診(内視鏡検査)(年度50歳~74歳・前年度未受診者)
	7 大腸がん検診(年度40歳~)
	8 前立腺がん検診(年度50歳~69歳)
	9 肝炎ウイルス検診(年度40歳~)
	※41歳以上は過去に肝炎ウイルス検診を受けたことのない方
10 歯周疾患検診(年度20歳・30歳・40歳・50歳・60歳・70歳)	

上記5、6は、どちらか一方のみ受診できます

(注)

- 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 代理人が本書の事務処理を行う場合、下記に記入すること。

私 () は、上記の件について () に委任します。
 代理人：住所 _____ 生年月日 _____

続柄 _____ □代理人本人確認済

いきいき健康課 確認欄	受診者本人への個人負担金免除証の発行の有無	確認日	確認印
	課税世帯のため発行せず	発行済	