費用免除申請書

（あて先）　亀岡市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　下記のとおり費用免除の申請をします。なお、免除対象者であることを確認されることについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | 住　所 | | 亀岡市 | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 電話番号 |  | |
| 氏　名 | |  | | | | 対象者  との関係 | 本人　　同一世帯人 | |
| 対象者 | | 住　所 | | 亀岡市 | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 生年月日 | 大正  昭和　　　　　年　　　月　　　日  平成 | |
| 氏　名 | |  | | | |
| 満年齢（　　　　歳） | |
| 免除対象事項  （該当に☑印） | | | | □市民税非課税世帯　　　□生活保護世帯 | | | | | | |
| 事業名  （該当に☑印） | | | | □胃がん検診（カメラ・バリウム）　□大腸がん検診　□結核・肺がん検診　□結核検診（１５～３９歳）  □子宮頸がん検診（集団・個別）　□乳がん検診（集団・個別）　□前立腺がん検診（５５歳以上）  □生活習慣病検診（４０～７４歳・７５歳以上）※無保険者対象 | | | | | | |
| □高齢者インフルエンザ予防接種　□高齢者肺炎球菌予防接種　□新型コロナ予防接種　□帯状疱疹予防接種  接種予定医療機関【市内（　　　　　　　　　　　　　）市外（　　　　　　　　　　　　　）】 | | | | | | |
| 市記入欄 | 担当 | |  | | 本人確認 | 運転免許証　　資格確認書  マイナンバーカード  その他（　　　　　　　） | 税務課 |  | | 該当　　非該当 |
| 地域福祉課 |  | |

委任状

（本人または同一世帯人以外の人が申請する場合、必要です。）

　　　　私は、下記の者を代理人として、費用免除申請に係る手続きについて委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本　人 | 住　所 | 亀岡市 |
| 氏　名 |  |
|  |  |  |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

　　　　　　※代理人の本人確認ができるもの（運転免許証など）が必要