

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 平成 年 月 日		
	氏 名					満年齢 (歳)		
免除対象事項 (該当に☑)		☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯						
事業名 (該当に☑)		☐ 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 ☐ 带状疱疹予防接種 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方が申請する場合、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