

令和 年度 歯周病健診自己負担金無料申請書

糸島市長 様

申請者(本人又は代理人)

住 所

フリガナ

氏 名

(署名または記名押印)

電話番号

※申請者と受診者が別世帯の場合、委任状が必要。

歯周病健診自己負担金無料通知書の交付について、下記のとおり申請します。

記

- 1 申請理由 ①市民税非課税世帯 ②生活保護受給者

2 受診希望者(同一世帯の中で、自己負担金免除の申請希望者を含む)

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
氏 名		生 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			

	1 該当 (非課税・生活保護)	2 非該当	受付印
判定	【判定資料】 課税台帳等 介護保険料通知 (所得段階 1～3) ・介護限度証・後期限度証 (区分 I・II) 生活保護受給証・生活保護法医療券 生活保護担当課 (担当: _____、受給者番号 _____) その他 (_____)		(受付者 _____)