

糸島市長 様

申請者(本人又は代理人)

住 所

糸島市前原西 1 丁目 1 番 1 号

フリガナ

イトマ タロウ

氏 名

糸島 太郎

(署名または記名押印)

電話番号

〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

※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 受診者希望者(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	☒ 申請者 と同じ	
氏 名		生 年 月 日
☒ 申請者 と同じ		昭和 〇年 〇月 〇日
糸島 花子		昭和 〇年 〇月 〇日
		昭和 年 月 日
		昭和 年 月 日

	1 該当（非課税・生活保護）	2 非該当	受付印
	【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_____）