

## 鎌ヶ谷市歯周病検診無料券申請書

申請日：令和 年 月 日

|        |            |                |
|--------|------------|----------------|
| 申請される方 | 現住所        | 千葉県鎌ヶ谷市        |
|        | フリガナ<br>氏名 |                |
|        | 生年月日       | 大・昭・平・令 年 月 日生 |
|        | 電話番号       |                |
| 世帯主    | フリガナ<br>氏名 |                |

該当する項目にチェックをご記入ください。

なお、提出書類が必要な項目については、そちらも一緒にご提出ください。

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <p><b>市民税非課税世帯に属する</b></p> <p>私の市民税額を確認することに同意します。</p> <p>(署名) 受診者本人 _____</p> <p>(署名) 世帯主 _____</p> <p>※令和5年1月1日時点で鎌ヶ谷市外に在住していた方は、令和5年1月1日時点<br/>在住市町村で発行された「非課税証明書」の世帯分の提出が必要です。こちらの<br/>申請書と合わせてご提出をお願いします。</p> <p>※租税条約に基づく住民税の免除の届出をしている場合は、自己負担免除の対象外<br/>となります。外国籍の方の申請があった場合は、租税条約の届出の有無について<br/>調査させていただきますので、ご了承ください。</p> <p>※申請に基づき令和5年度市民税額を確認し、令和5年1月1日時点で日本国内の<br/>在住記録が確認できない方に関しては、鎌ヶ谷市歯周病検診自己負担免除要件確<br/>認書をお送りし、ご提出をお願いする場合があります。</p> |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>生活保護法（昭和25年法律第144号）により保護を受けている世帯に属する</b></p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護受給者証明書（写し）の提出</p>  |
| <input type="checkbox"/> | <p><b>中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）により支援給付を受けている</b></p> <p><input type="checkbox"/> 支援給付受給証明書（写し）の提出</p>   |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p>職員チェック欄</p> <p><input type="checkbox"/> 課税状況（該当）</p> <p><input type="checkbox"/> 課税状況（非該当：課税あり・租税条約による申請あり）</p> <p><input type="checkbox"/> 確認書の提出</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書</p> <p><input type="checkbox"/> 支援給付受給証明書</p> | <p>確認した職員</p> <table border="1" style="width: 100px; height: 50px; margin: 10px auto;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table> <p>を確認しました。</p> |  |  |
|   |   |  |  |