別記様式第１号（第９条関係）

検診一部負担金減額申請書

年　　月　　日

（あて先）防府市長

私は※＿＿＿＿年度市民税非課税世帯に属しますので、防府市が実施する

＿＿＿＿年度がん検診等の一部負担金の減額を申請します。

申 請 者	住　　所	〒７４７－
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	電話番号	
	受診券番号	

注　１　申請する年度の市民税課税状況が判明するまでの期間（５月末まで）は、前年度の課税状況により申請してください。

２　課税状況の確認のため、下記同意書欄に署名してください。（同意されない場合は、世帯全員の課税証明書を添付してください。）

３　転入された方で、本市で課税情報が確認できない方は、確認できる時期になってから申請書を提出されるか、又は、転入前の市町村の発行する世帯全員の課税証明書を添付してください。

【個人情報の取得に関する同意書】

私は、検診一部負担金減額申請書を提出するため、申請に必要な、次に掲げる市が保有している私の個人情報の取得について同意します。

１　申請人及び世帯全員の住民登録情報
２　申請人及び世帯全員の課税情報

申請人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※申請年度は申請日により、次のとおり記入してください。

「５月末」までの申請
私は（減額を受けたい年度の前年）年度市民税非課税世帯・・・　（減額を受けたい年度）　年度がん検診・・・

「６月」以降の申請
私は（減額を受けたい年度）年度市民税非課税世帯・・・　（減額を受けたい年度）　年度がん検診・・・

（提出先）
〒747-0805　防府市鞠生町１２番１号　防府市保健センター　　TEL　２４－２１６１