

### 三木町健診等自己負担金免除申請書

三木町長 殿

三木町が実施する健診等を受ける際に自己負担金の免除をうけるため、三木町健診等自己負担金免除確認及び確認書の交付を申請します。

なお、確認書交付のため、確認者及び確認者と同一世帯員の住民基本台帳及び町県民税情報又は生活保護台帳を確認されることについて同意します。

申請日 年 月 日

申請者 <small>(窓口に来られた人)</small>	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名		電話	(自宅・携帯・勤務先)	
	住所				
確認者 <small>(どなたの確認書が必要ですか)</small>	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上	申請者からの続柄	<input type="checkbox"/> 本人又は同一世帯員 <input type="checkbox"/> 同一住所(別世帯員)の方 → 誓約書記入 <input type="checkbox"/> 上記以外 → 委任状	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上			

※申請者は運転免許証などの本人確認書類をご提示ください。

#### 誓約書 (世帯が別で同一住所の方が申請する場合は記入してください)

私(申請者)は、上記確認者の(続柄) \_\_\_\_\_ で、三木町健診等自己負担金免除確認書の申請について、本人(確認者)から委任されたことに相違ありません。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

※あてはまる箇所に☑を記入してください。

申請理由	<input type="checkbox"/> 町県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯		
受診予定健診等	健診・検診	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 子宮頸 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	通
		<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 带状疱疹 ( <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 組換えワクチン )	
	予防接種		

#### 委任状 (※すべて委任者が記入してください)

三木町長 殿

私は上記申請者を代理とし、上記健診等における自己負担金免除確認書の申請及び交付に関する権限を委任します。

年 月 日

(委任者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※代筆は委任者が筆記不能の場合に限る

(代筆者) \_\_\_\_\_

(続柄) \_\_\_\_\_

注1 委任状は、申請者と確認者の世帯及び住所が別の場合に必要。

注2 委任の内容に疑義がある場合には、委任者の方に確認することがあります。

申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
交付状況	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付

※申請者が本人以外の場合の確認 :  非該当     該当 → 住民健康課長確認     済