

交付 NO.

熊取町検診等費用免除申請書

年 月 日

申請先 熊取町長

(申請者)

住 所 熊取町

ふり がな
氏 名

連絡先 (自宅)

電話番号 (携帯)

代理人氏名

続柄 ()

連絡先

私は、熊取町が実施する検診等の費用免除を受けたく、「熊取町検診等費用免除証明書」の交付を申請します。

なお、生活保護判定に際して、生活保護の状況を担当課に確認することに同意します。

(町記入欄)

同一世帯者名 (中学生以下は除く)	生 年 月 日	状況確認
世帯主	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	該当 非該当
世帯員	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	該当 非該当
	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	該当 非該当
	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	該当 非該当

(町記入欄)

本人確認	確 認 方 法	確認者
<input type="checkbox"/> 申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 生活保護開始決定通知書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 休日・夜間診療依頼証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	
<input type="checkbox"/> 代理人本人確認	<input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	