

交付 NO.

熊取町検診等費用免除申請書  
(兼) 課税情報閲覧同意書

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。

また、以下に記載の者は、住民税非課税判定に際して、自己の課税情報を閲覧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	課税状況
世帯主 ※本人自署 (原則)	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	課税 非課税
世帯員 ※本人自署 (原則)	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	課税 非課税
	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	課税 非課税
	大正・昭和・平成・西暦 年 月 日生	課税 非課税

(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"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <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"/> その他 ( )	