

市民税非課税世帯申告書

藤沢市長

私は、検診を受診するに当たり、世帯員のすべてが個人市民税が課されない者により構成される世帯に属する者であることを申告します。

なお、この申告の確認のために必要な事項を藤沢市が保管する公簿等により確認することに同意します。

【非課税世帯の基準年度】 4月～7月に受診の場合は、前年度の課税状況
8月～翌3月に受診の場合は、当該年度の課税状況

●受診者記載欄 (太枠内をご記入ください。)

申請日	年 月 日	※受診券番号は9桁 (再発行は15桁)									
受診者番号 (左詰めで記入)											
ふりがな					生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日				
氏 名											
住 所	藤沢市										

●医療機関記載欄 電話で確認後、枠内をご記入ください。

実施する検診 (○を記入。複数可) 1. 胃がん検診 (X線) 2. 胃がん検診 (内視鏡) 3. 乳がん検診 4. 子宮頸がん検診 5. 肺がん検診 6. 大腸がん検診 7. 肝炎ウイルス検診	照会結果	☐ 非課税 ☐ 課税 □には結果をチェックしてください。
	市役所 照会先	健康づくり課 (直通) 21-7344
	医療機関 連絡者名	
	医 療 機関名	

〈 注意事項 〉

1. 照会結果が非課税、課税にかかわらず、ご記入いただいた申告書はご提出ください。
2. この書類はコピーして使用可能です。
3. 月まとめにし、完了報告書と併せて提出してください。

※ 提出の際は、所定の表紙をつけて検診票とは別にしてください。