

市民税非課税世帯申告書

藤沢市長

私は、検診を受ける者が課税されるか課税されない者によって、健康づくり課に課税されます。なお、この申告書は、受診者の課税情報を確認し、自己負担金を徴収するか否かを決定するものです。受診者本人から申し出があった場合は、必ずこの申告書に記入してもらい、健康づくり課に照会してください。

【 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	ふじ さわこ	生年月日	大正 昭和 平成	41年	1月 1日
氏 名	富士 沢子				
住 所	藤沢市 朝日町1-1				

●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。