

令和8年度 節目歯科健診所得額等確認依頼書

廿日市市節目歯科健康診査費給付事業実施要綱第5条第1項の規定に基づく給付額の確認にあたり、市町村民税の課税状況または生活保護受給世帯であることの確認を承諾します。

廿日市市長様

申請日： 年 月 日

① 対象者(健診を受ける人)

住所	廿日市市		電話番号	() -
ふりがな			日中連絡のつく電話番号を記入して下さい	
氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)		
健診予定医療機関	(廿日市市・広島市佐伯区・大竹市・その他)		申請理由	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯

◆ 令和8年1月2日以降に廿日市市へ転入してきた人は、前住所地発行の「令和8年度市民税非課税証明書」が世帯全員分必要になりますので、申請時にご持参下さい。

② 申請者 ※申請する人の本人確認ができるものを提示して下さい(郵送の場合は写しを添付)

同上(①と同じ場合はチェックしてください。チェックした場合、以下記入不要です。)

住所			電話番号	() -
ふりがな			日中連絡のつく電話番号を記入して下さい	
氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
対象者との関係	<input type="checkbox"/> 同じ世帯 <input type="checkbox"/> 後見人 ⇒ 登記事項証明書の写しを添付 <input type="checkbox"/> その他 () ⇒ ③を記入			

③ 【所得額等確認委任欄】

全て委任者が記入した場合、押印不要です。代筆の場合は委任者欄に押印が必要です。

私は、次の者を代理人として節目歯科健診の所得額等確認に係る一切の権限を委任します。			
		令和	年 月 日
代理人(申請者)	委任者(健診を受ける人)		
氏名	氏名	印	

市記入欄

照会日 年 月 日

該当 非該当

申請者の本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 資格確認書
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

決裁日	課長	係長	確認者	受付者	備考
年 月 日					<input type="checkbox"/> 生保 (月 日 確認済) <input type="checkbox"/> 転入 (年 月 日 から) <input type="checkbox"/> その他 ()