

様式第1号（第7条関係）

令和7年度 検診等自己負担金免除者証交付申請書

年 月 日

（宛先）伊勢崎市長

次のとおり令和7年度の検診等自己負担金の免除者証の交付を申請します。

なお、市が世帯の課税状況を閲覧すること若しくは福祉事務所に生活保護法の規定による生活保護費又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受給しているか確認することについて同意します。

申請者 氏 名
住 所

電話番号

世帯構成				
氏 名	生年月日	年齢	続柄	免除者証の要否
	年 月 日	歳	世帯主	要・否
	年 月 日	歳		要・否
	年 月 日	歳		要・否
	年 月 日	歳		要・否
	年 月 日	歳		要・否
	年 月 日	歳		要・否

交付課使用欄（以下は記入しないでください。）

本人確認	確認結果	
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他官公庁が発行する顔写真付きの本人確認書類 <input type="radio"/> 健康保険証 <input type="radio"/> 年金手帳 <input type="radio"/> キャッシュカード <input type="radio"/> 診察券 <input type="radio"/> その他官公庁が発行する顔写真のない本人確認書類又は官公庁以外の者が発行する本人確認書類 ※ <input type="checkbox"/> は1点、 <input type="radio"/> は2点で確認すること。	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付 （課税・未申告・転入）	
	確認者	備考