

## 令和2年度 伊達市住民健康診査等に係る自己負担金免除申請書

伊達市長 様

伊達市の住民健康診査等を受診するため、自己負担金の免除を下記のとおり申請します。  
また、審査のため、市民税課税台帳等により世帯全員の市・県民税課税台帳等の閲覧について同意します。

※太枠をご記入ください。

申請日	令和 年 月 日	整理番号	
		世帯番号	
フリガナ		昭・平	
申請者氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒960-		
電話番号	— — (日中の連絡先を記入してください。)		
本人以外が来庁された場合 ご記入ください。	氏名		続柄
	住所		
	電話番号	—	—

## 【申請時の注意事項】

- 非課税世帯とは、令和2年1月1日時点で伊達市に住所があり、申請書提出時に世帯全員の令和2年度市・県民税が非課税の世帯です。  
令和2年1月2日以降に伊達市に転入された方は、転入前の市町村から発行された世帯全員分の令和2年度非課税証明書を添付してください。
- 課税状況を確認しますので、未申告の方は本申請前に申告をお願いします。
- 社会保険の方の特定健診については、自己負担金免除の対象外となります。
- 申請書は1人につき1枚ずつ必要です。
- 「伊達市住民健康診査等自己負担金免除確認証」は、8月中旬から順次郵送します。  
その後は申請書提出後10日程度で郵送します。

■問い合わせ先 伊達市 健康推進課 健康管理係 TEL 024-575-1116

## 【事務処理欄】

確認事務	<input type="checkbox"/> 市民税課税状況 課税台帳確認済み	課税確認者	
免除の可否	<input type="checkbox"/> 免除	確認証発行 確認証No.	発行日: R 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 非該当	理由	発送日: R 年 月 日
受付者【所属・氏名】	備考		