

保健事業の利用に係る使用料等の免除確認のための同意書

新宿区保健事業の利用に係る使用料等の免除を受けるため、新宿区保有の特別区民税課税台帳により事業担当部署が確認することに同意します。

令和 年 月 日

新宿区長 宛て

同 意 者（受診者本人）

ふ り が な	
氏 名 (署名)	
生 年 月 日	明・大・昭・平・西暦 年 月 日
住 所	新宿区 電話 ()

同 意 者（同一世帯員）

※住民票の世帯員全員の記入が必要です。

氏 名 (署名)	続柄	住 所	生 年 月 日
		☐ 受診者本人と同じ	明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日
		☐ 受診者本人と同じ	明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日
		☐ 受診者本人と同じ	明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日
		☐ 受診者本人と同じ	明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日
		☐ 受診者本人と同じ	明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日
種 別	胃がん ・ 大腸がん ・ 肺がん ・ 子宮頸がん ・ 乳がん ・ 前立腺がん ・ 歯科健康診査 ・ その他 ()		

免除の可否 可 ・ 否

課 (所) 長		係 長		係 員	
---------------	--	--------	--	--------	--