

費用免除申請書

令和 年 月 日

(あて先)厚木市長

(記入者) 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

厚木市検診等費用免除要綱第2条の規定（市民税非課税世帯・生活保護世帯等）により、次のとおり費用免除証明書の交付を申請します。

費用免除交付対象者	住所※	厚木市 <input type="checkbox"/> 記入者と同じ		
	1	ふりがな	生年月日	
		氏名※	<input type="checkbox"/> 記入者と同じ M・T・S・H 年 月 日	
	2	ふりがな	生年月日	
		氏名	M・T・S・H 年 月 日	
	3	ふりがな	生年月日	
氏名		M・T・S・H 年 月 日		
申請に係る同意条項		本申請の事実確認のため、厚木市職員が、対象者及び必要な同一世帯に属する者の課税状況等を確認することについて、署名し同意いたします。 署名 _____		
申請に係る確認事項				
今年※ ² の1月2日以降に厚木市外から転入した方は、対象となる年度の課税状況が確認できない為、前住所地の市区町村が発行する非課税証明書等の添付が必要となります。				
今年※ ² の1月1日時点での住所地に、○を付けてください。				
厚木市内		厚木市外 (非課税証明書等の添付必要)		

※ 記入者と対象者が同じ場合、対象者の住所、氏名は省略できます。
記入者と対象者が異なる場合、下記委任状欄に記入・押印が必要です。

※² 申請が1～5月の場合は、昨年となります。

委任状 私は、記入者を代理人と定め、本件に係る一切の権限を委任いたします。

委任者 1 住所 厚木市 _____
氏名 _____ 印

2 住所 厚木市 _____
氏名 _____ 印

3 住所 厚木市 _____
氏名 _____ 印

※ 受任者は、記入者欄への自署をもって受任の意思表示とします。

発行	免除証明	免除不可通知	確認日	令和	年	月	日
事由確認	非課税世帯	生活保護世帯	中国残留邦人				
	課税(本人)	課税(同一世帯)	未申告	聞き取り			
番号							