

健康増進事業全額公費負担要件確認申出書

年 月 日

木更津市長 様

住所
 (申出者) 氏名 印
 電話番号 ー

木更津市健康増進事業要綱第9条第2項の規定により、全額公費負担となる要件について、該当の有無を確認願います。

受 診 者	ふりがな	性別	生 年 月 日
	氏 名	男 ・ 女	年 月 日生 (歳)
	住 所	木更津市	
該 当 要 件	1 市民税非課税世帯		
事 業 の 種 類	1 成人歯科健康診査 2 肝炎ウイルス検診 3 胃がん検診 4 子宮がん検診 (集団) 5 子宮がん検診 (個別) 6 肺がん検診 7 乳がん検診 8 大腸がん検診 9 若年期健康診査		
申 出 に 係 る 同 意 事 項	本申出の事実確認のため、受診者及び同一世帯に属する者の課税状況の有無について、本市職員が調査することに同意します。 氏 名 印 氏 名 印 氏 名 印 氏 名 印		

注(1) 本申出書は、申し出た日の属する年度が有効になります。

(2) 「事業の種類」欄は、該当する番号に○を付してください。

(3) 「市民税非課税世帯」とは、同一世帯員と認められた全ての世帯員について、市民税が課税されていない場合をいいます。当該年度の課税状況で判定しますが、当該年度の市民税額が確定していない期間(4月・5月)は、前年度の課税状況で判定します。

(4) 昨年の所得を申告していない(未申告)者のいる世帯は、課税状況が判定できないので費用の全額公費負担の要件には該当しません。

(5) 1月1日(市民税賦課期日)に木更津市に住民登録のない者は、前住所地で非課税証明書を発行してもらい、この申出書に添付してください。

判 定	該 当 ・ 非 該 当	年 月 日 確 認	印
-----	-------------	-----------	---