別記様式（第9条第2項）

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

受診者以外の人が申し出をする場合、申出者は受診者と同じ世帯に属している人に限ります

（申出者）

住　所	木更津市中央１－５－１８
氏　名	健　康　　進　　印
電話番号	０４３８－２３－１３００

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	けんこう　ますこ	性別	生年月日
	氏名	健　康　　増　子	男・(女)	明治 大正 (昭和) ４５年３月３１日生（４２歳）
	住所	木更津市　中　央　１－５－１８		
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　健康　進　印 氏名　健康　増子　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