

別記様式(第9条関係)

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 _____
フリガナ _____
(申出者) 氏 名 _____
電話番号 _____

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	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申出者と同じ	性別	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日生
	住 所	<input type="checkbox"/> 申出者と同じ	木更津市	
該 当 要 件	1 市民税非課税世帯			
申 出 に 係 る 同 意 事 項	<input type="checkbox"/> 本申出の事実確認のために必要な個人情報（受診者および同一世帯に属する者の住所、氏名、市民税課税の有無など）について、本市職員が調査することに同意します。			

- 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) 「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月から6月中旬までの間）は、前年度の課税状況で判定します。
- (3) 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。
- (4) 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。

※職員記入欄

申出者の本人確認書類の提示	判 定	判定日および確認者
有 ・ 無	該 当 ・ 非 該 当	年 月 日 確認