

福知山市健康診査及びがん検診等無料申請書

福知山市長 様

私は、福知山市健康診査及びがん検診等の無料制度を受けたいので、下記のとおり申請します。申請をするに当たり、下記に記入の健診申込者及び同一世帯者から課税台帳の閲覧、調査を行うことの同意を得ています。

令和 年 月 日 申請者 住所 〒 -

氏 名  
(健診申込者との続柄 )  
電話番号

健診申込者	住所	〒 - 福知山市 (自治会名: )		
	電話番号	- -		
	1	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日
	2	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日
3	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日	
申請理由		〔 〕 市民税非課税世帯		〔 〕 生活保護世帯
同一世帯で下記に当てはまる人  ( ・18歳以上の人全員 ・18歳未満で収入のある人 )	フリガナ		フリガナ	
	氏 名		氏 名	
	フリガナ		フリガナ	
	氏 名		氏 名	
	フリガナ		フリガナ	
	氏 名		氏 名	

\*申請者以外の健(検)診申込者は、下記の委任状が必要になります。(御家族の方も必要になります。)

委 任 状

代理人	住所			
	氏 名		生年月日	年 月 日

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、福知山市健康診査及びがん検診等無料申請の権限を委任します。

年 月 日

委任者	住所			
	氏 名	印	生年月日	年 月 日
	氏 名	印	生年月日	年 月 日
	氏 名	印	生年月日	年 月 日

【注】 この申請書に記載いただいた個人情報(個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第2条第1項に規定する個人情報をいう。)は、福知山市健康診査事業及びがん検診等事業に係る事務に利用します。