

保健事業費用免除措置申請書 兼 所得状況等確認同意書

年 月 日

(宛先)

秦野市長

次のとおり、保健事業に係る費用免除措置を受けたいので、確認書を交付されるよう申請します。また、費用免除措置事務に当たり、秦野市が次に掲げる事項を行うことについて同意します。

- 1 住民基本台帳、課税台帳等により申請者の所得状況等を確認すること。なお、確認できない場合は、関係書類を提出します。
- 2 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第19条第8号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報を照会すること。

(申請者)

住所	〒										
電話番号	( )										
氏名						生年月日	大昭平令		年	月	日
( 歳 )											
個人番号記入欄 <sup>※4</sup> (注) 1月2日以降に秦野市へ転入した場合で、高齢者インフルエンザ予防接種又は高齢者肺炎球菌予防接種の費用免除を申請するときのみ記入してください。											

(注意事項)

- ※1 太枠内を記入してください。
- ※2 確認書は、同一世帯全員が、市民税を課税されていない場合のみ発行されます。
- ※3 マイナンバーカードなど本人確認ができるものを持参してください。郵送の場合には、本人確認ができるマイナンバーカードなどのコピーを同封してください。
- ※4 個人番号が未記入の方は、1月1日現在に居住をしていた市町村で発行した非課税証明書を添付してください。申請者以外に世帯員がいる場合は、全員の非課税証明書を添付してください。
- ※5 この申請を同一世帯以外の方が行う場合は、委任状が必要です。

(委任状)

次の者を代理人と定め、費用免除措置申請書の申請手続を委任します。	
住所	_____
氏名	_____ 生年月日 _____ 年 月 日
委任者（申請者）署名 _____	

第1号様式（第6項関係）

※事務処理欄

	代理権確認	個人番号確認	身元確認書類	
本人	/	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号入り住民票等	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理人			<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）	2点