

第2号様式（第9条関係）

妊婦健康診査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

妊婦歯科健康診査に係る費用免除措置を受けたいので、次のとおり確認書の交付を申請します。

また、費用免除措置事務に当たり、秦野市が住民基本台帳、課税台帳等により所得状況等を確認することについて同意します。

なお、確認できない場合は、関係書類を提出します。

【申請者】

住 所	〒 秦野市		
電話番号	()		
氏 名	印	生年月日	年 月 日 (歳)

【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。
(同一世帯とは、申請する年の1月1日現在、住民票に記載されている世帯)
- 3 申請する年の1月2日以降に秦野市へ転入した場合は、1月1日現在に居住をしていた市町村から非課税証明書の発行を受ける必要があります。

※この申請を妊婦本人以外が代理で行う場合は、次の委任状に記入と押印が必要です。

【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）氏名			_____印

(市確認書類) 健康保険証 運転免許証 その他 ()