

別記様式（第 8 条関係）

袖ケ浦市健康増進事業全額公費負担要件確認申出書

年 月 日

袖ケ浦市長 様

（申請者）住 所
氏 名
電話番号

袖ケ浦市健康増進事業実施要綱第 7 条に規定する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		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	袖ケ浦市		
該当要件		1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 市長が必要と認めた者 ()		

注

- 1 本申出書は、申し出た日から申し出た日の属する年度の間有効になります。
- 2 「該当要件」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、当該年度の市民税が確定していない期間（4 月から 6 月までの間）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）に袖ケ浦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

判 定	該 当 ・ 非該当	年 月 日 確認
-----	-----------	----------