

- ◆ 住民税非課税世帯・生活保護世帯に該当する方は、記入して提出してください。

出雲市 健康増進課長 様

歯周病検診料免除申請書・同意書

私は、(住民税非課税世帯・生活保護世帯)に該当しますので、歯周病検診料の免除を申請します。

ついては、私及び私の世帯の直近の住民税課税状況を貴課から担当課へ調査を求めることに同意します。

住 所 [出雲市]
氏 名 []
生年月日 [年 月 日]
申請年月日 [年 月 日]
(受 診 日)

※調査の結果、該当にならなかった場合は、後日自己負担金を請求させていただきます。

- ◆ 住民税非課税世帯・生活保護世帯に該当する方は、記入して提出してください。

出雲市 健康増進課長 様

歯周病検診料免除申請書・同意書

私は、(住民税非課税世帯・生活保護世帯)に該当しますので、歯周病検診料の免除を申請します。

ついては、私及び私の世帯の直近の住民税課税状況を貴課から担当課へ調査を求めることに同意します。

住 所 [出雲市]
氏 名 []
生年月日 [年 月 日]
申請年月日 [年 月 日]
(受 診 日)

※調査の結果、該当にならなかった場合は、後日自己負担金を請求させていただきます。