

# 令和2年 坂戸市保健事業自己負担金助成対象者確認同意書

令和 年 月 日

坂戸市長 あて

申請者

住 所 坂戸市  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_

代理申請者

住 所 \_\_\_\_\_  
 ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_

申請者との関係 \_\_\_\_\_

※ 代理人が申請する場合は、上記申請者の委任状(裏面)が必要です。

坂戸市の保健事業（各種がん検診・成人歯科健康診査・予防接種など）を受けるにあたって、交付要件の確認のため、市が住民基本台帳、市・県民税課税台帳、生活保護受給資格等の調査・照会・閲覧することについて、世帯全員が同意します。

### 記

助成対象者の確認は、世帯構成員すべての課税状況の確認が必要ですので、同居（住民登録が同じ世帯の方）する世帯員全員を太枠内に記載してください。

世帯員全員の氏名	続 柄	生年月日	年 齢	市民健康センター 記入欄(希望検診)
	世帯主	大・昭 平・令 年 月 日		胃集 ・ 胃個 ・ 肺 乳集 ・ 乳個 ・ 骨 子・大腸・歯科・ｲﾝﾌﾙ・肺球
		大・昭 平・令 年 月 日		胃集 ・ 胃個 ・ 肺 乳集 ・ 乳個 ・ 骨 子・大腸・歯科・ｲﾝﾌﾙ・肺球
		大・昭 平・令 年 月 日		胃集 ・ 胃個 ・ 肺 乳集 ・ 乳個 ・ 骨 子・大腸・歯科・ｲﾝﾌﾙ・肺球
		大・昭 平・令 年 月 日		胃集 ・ 胃個 ・ 肺 乳集 ・ 乳個 ・ 骨 子・大腸・歯科・ｲﾝﾌﾙ・肺球
		大・昭 平・令 年 月 日		胃集 ・ 胃個 ・ 肺 乳集 ・ 乳個 ・ 骨 子・大腸・歯科・ｲﾝﾌﾙ・肺球
		大・昭 平・令 年 月 日		胃集 ・ 胃個 ・ 肺 乳集 ・ 乳個 ・ 骨 子・大腸・歯科・ｲﾝﾌﾙ・肺球

※以下 市民健康センター記入欄

住定日	世帯構成	受付者	照会	結果	資格入力	備考
			／	課税・非課税・未申告	／	

# 委任状

令和 年 月 日

坂戸市長 あて

委任者（申請者）

住 所 坂戸市

ふりがな

氏 名

印

電 話

私は、次の者を代理人と定め、坂戸市保健事業自己負担金助成対象者確認同意書に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

住 所

ふりがな

氏 名

電 話

代理人  
使用印鑑