

自己負担金免除申請書

番号

標記のことについて、自己負担金免除の申請をいたします。申請者は、担当課が町税務課・健康福祉課で必要事項について確認することを了承します。

自己負担金免除申請者

1 住 所 多度津町

2 氏 名 電話番号

3 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

4 自己負担金免除を受ける検診・予防接種

5 申請日 令和 年 月 日

*代理人が申請される場合

代理人の、1 住 所

2 氏 名