

昭和26年3月31日以前に生まれた方は、各種がん検診、肝炎ウイルス検診、オーラルフレイル健診の費用が免除されます。

○年 ○月 ○日

海老名市長 殿

申請者

海老名市

住所 中新田○丁目○番○号

氏名 海老名 ○○○

電話番号 (046)230-0000

※申請者または世帯主名を記入してください。

海老名市検診等無料受診証交付申請書

昭和26年3月31日以前に生まれた方は、申請する必要はありません。

海老名市検診等無料受診証(○○○年度分)の交付を受けたいので、海老名市検診等無料受診証交付要領の規定により次のとおり申請します。

世帯員の氏名 (同一世帯の方全員を御記入ください。)	住所	生年月日	市民税調査への同意 (どちらかにチェックをしてください。)	無料受診証の交付を希望する (どちらかにチェックをしてください。)
海老名 ○○○	海老名市中新田○丁目○番○号	T・S・H・R . .	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
海老名 △△△	〃	T・S・H・R . .	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
海老名 □□□	〃	T・S・H・R . .	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない
	海老名市	T・S・H・R . .	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
		T・S・H・R . .	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
※同一世帯の方全員の氏名を記入してください。 ※対象者に発行する無料受診証は、世帯ごとに使用する世帯証形式となっております。				
			<input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 希望しない

※市民税調査に同意しない場合は、交付申請をすることはできません。