

海老名市長 殿

申請者

海老名市

住 所

氏 名

電話番号 ( )

海老名市検診等無料受診証交付申請書

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
	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
	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
	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
	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
	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
	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

※ 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。