

申請者 (原則、世帯主)

海老名市

住 所

氏 名

電話番号 ()

送付先

※申請者以外の住所に送付希望の場合はご記入ください。

住 所

(フリガナ)

氏 名

申請者との続柄

電話番号 ()

海老名市予防接種・検診等無料受診証交付申請書

海老名市予防接種・検診等無料受診証の交付を受けたいので、海老名市予防接種・検診等無料受診証交付要領の規定により申請いたします。

世帯員全員の氏名 (同世帯の方全員をご記入ください)	生年月日	市民税調査の同意 (どちらかに☑ してください)	受診証の利用 (予定の有無を☑ してください)
	T S H R .	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 利用予定あり <input type="checkbox"/> 利用しない
	T S H R .	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 利用予定あり <input type="checkbox"/> 利用しない
	T S H R .	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 利用予定あり <input type="checkbox"/> 利用しない
	T S H R .	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 利用予定あり <input type="checkbox"/> 利用しない
	T S H R .	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	<input type="checkbox"/> 利用予定あり <input type="checkbox"/> 利用しない

※市民税調査に同意しない場合は、市・県民税（非）課税証明書（手数料は自己負担）の発行を受けてください。

※当該年1月2日以降に転入された方は、転入前の自治体へ問合せの上、直近の（非）課税証明書等、課税状況が分かる資料（写し可）を添付してください。