

申請者 (原則、世帯主)

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。

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 ()

申請者以外の住所に送付を希望する時のみ記入してください。

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)
えびな ○○○ 海老名 ○○○	T (S) H R ○○・○○・○○	☑同意する □同意しない	☑利用予定あり □利用しない
えびな △△△ 海老名 △△△	T (S) H R ○○・○○・○○	☑同意する □同意しない	☑利用予定あり □利用しない
えびな □□□ 海老名 □□□	T S (H) R ○○・○○・○○	☑同意する □同意しない	□利用予定あり ☑利用しない
	T S H R	□同意する □同意しない	□利用予定あり □利用しない

※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。

※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。