

## 鎌ケ谷市歯周病検診無料券申請書

申請日：令和 年 月 日

申請される方	現住所	千葉県鎌ケ谷市
	フリガナ 氏名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
	電話番号	
世帯主	フリガナ 氏名	

該当する項目にチェックをご記入ください。

<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯に属する  私の市民税額を確認することに同意します。 (署名) 受診者本人 _____ (署名) 世帯主 _____
<input type="checkbox"/>	生活保護法（昭和25年法律第144号）により保護を受けている世帯に属する  <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証明書（写し）の提出
<input type="checkbox"/>	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）により支援給付を受けている  <input type="checkbox"/> 支援給付受給証明書（写し）の提出

職員チェック欄

確認した職員

- 課税状況（該当）  
 課税状況（非該当）  
 生活保護受給証明書  
 支援給付受給証明書 を確認しました。

--	--