

70歳以上の方は、健診は無料ですので、交付申請の必要はありません。

NO. _____

令和 年 月 日

健康診査受診券交付申請書

健康診査受診券交付希望者	
住所	区
氏名・性別	(男・女)
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
電話番号	() -

※住所は住民票記載の住所を記入、電話番号は平日9時～17時に連絡のとれる番号を記入

受診する検診（受診するものに○を記入）※年度中に受診予定のもののみ記入

若者健診	胃がん (X線)	胃がん (内視鏡)	子宮頸 がん	乳がん	喀痰 細胞診	大腸がん	骨そしよ う症	前立腺 がん	歯周病

同意書

北九州市長 様

私は、上記交付処理のため必要がある場合には、私及び私の属する世帯員について、市職員が必要な範囲で市県民税の課税状況について調査することに同意します。

また、このことについては、私の世帯員の同意を得ています。(チェック欄 □)

申請者氏名	
世帯員氏名	
〃	
〃	
〃	
〃	
〃	

区役所記入欄
課税
非課税

※世帯の中に1人でも課税対象者がいる場合は、交付対象外となります。