

(あて先) 国保・高齢者医療課長

(あて先) 高松市保健センター長

**平成22年度 市民税 課税状況の確認票**

(\*なお、平成23年6月末日までに実施のがん検診については前年度の課税状況の確認票も有効とします。)

特定健康診査、高齢者のインフルエンザ予防接種、胃・大腸・肺・前立腺・子宮・乳がん検診の自己負担金の免除、および産後ケア事業利用または母子栄養食品受給のため、私の世帯について、市民税課税状況が非課税であることの確認をお願いします。

なお、課税状況を調査されることについて同意します。

① 受診等 が必要な方 の確認票	住所	高松市 町 丁目 番 号 番地 (〒: )	
	ふりがな	生 年 月 日	
	氏 名	Ⓜ	明・大・昭・平 年 月 日
私が申請に行けないため、次の者に対し、この確認票の申請および受領に関する行為を委任します。 なお、確認票が発行できない場合は、その理由を次の者に説明することに同意します。			
( 窓口に来た方 の委任を受けた方 )	住所	高松市 町 丁目 番 号 番地 (〒: )	
	ふりがな	生 年 月 日	
	氏 名	Ⓜ	明・大・昭・平 年 月 日
①の方との関係 (続柄)		1 施設関係者 2 その他 ( )	

\*所得を申告していない方(中学生以下は除く)は市民税課・支所(山田を除く)で申告してください。

上記、受診等で確認票が必要な方(①欄)に記載されている者は非課税世帯の世帯員であることを確認します。

平成 年 月 日

確認印

**\*自己負担金免除の基準\***

○市民税(当該年度)の非課税世帯に属する者

同一世帯と認められたすべての世帯員が当該年度において市民税が課税されていない者(地方税法第323条により免除されている者を含む。)である場合をいう。

ただし、当該年度の市民税の課税関係が判明しない場合は、これが判明するまでの期間、前年度の課税状況によることとする。

○この確認票は検診当日、必ず受診する医療機関等にご持参ください。

○申請時に対象者欄の印鑑を持参していなかった場合は、必ず押印して医療機関に提出してください。

問い合わせ先：特定健康診査については、国保・高齢者医療課 Ⅱ 839-2311

各種がん検診、予防接種、母子事業については、保健センター Ⅱ 839-2363