

記入例（工事以外）

このシート提出不要

ピンク色のセルには、式がありますので、何も入力の必要はありません。

※ は、エクセル式があるため直接入力できません。

※ は、ドロップダウンリストから該当するものを選択してください。

ここから入力してください

ドロップダウンリストは、薄青のセルにカーソルを合わせると右下に▼が現れます。その▼をクリックすると、リストが表示されます。

前回の受付番号が分かる場合は、ここに記入してください。

申請書提出日	令和 ● 年 2 月 10
フリガナ	●●●●
申請者の商号又は名称	●●●●株式会社
所在地	〒598-8550 泉佐野市市場東一丁目1-1
<代表者職氏名>	
フリガナ	ダ 化 ヨウ トリ マリ ヤク
役職名	代表取締役
フリガナ	▲▲▲ ▲▲
氏名	▲▲▲ ▲▲
電話	072-463-1212
FAX	072-458-1187
e-mail	keiken@city.izumisano.lg.jp
<緊急時の連絡先>	
氏名	★★★★ ★★
携帯番号	000-0000-0000
登録部門	希望順位 申請業種No. 申請業種名 申請区分 過去に登録の有無 前回受付No.
建設工事	
コンサル	No. 25 建築設計・監理 継続 有 000
物品供給等	① No. 22 看板・旗 継続 有 999
	② No. 3 事務機器・用品 業種変更 有 999
役務提供等	① No. 8 消防設備 継続 有 998
	② No. 7 空調設備 新規 有 998
	③ No. 12 その他（設備点検管理） 新規 有 998

<事業所としての認定の有無>

(※認定が有る場合は「有」を選択し、認定書のコピーを添付してください。)

①えるぼし認定	
②くるみん認定	
③ユースエール認定	
④ISO9000	有
⑤ISO14001	有
⑥エコアクション21	

<従業員状況>

ア. 常勤従業員(代表役員含む)	10	人
イ. アのうち有資格技術者	3	人
ウ. アのうち泉佐野市在住者	3	人
エ. ウ÷ア×100	30	%

<その他>

当該申請事務連絡担当者氏名	★★★★ ★★
当該申請事務連絡担当者の電話	000-000-000
インボイス登録番号	T1234567890123

(注1)後期高齢者医療保険加入者については、【後期高齢者医療被保険者証の写し】を添付すること。

年金事務所にて発行される被保険者縦覧照会回答票に含まれない常勤技術者の健康保険加入状況

計 枚のうち1枚目

令和 6 年 2月 10 日

泉佐野市長 様

所在地 泉佐野市市場東一丁目1-1

商号又は名称 ●●●●株式会社

代表者職氏名 代表取締役 ▲▲▲ ▲▲▲

実印

被保険者縦覧照会回答票に含まれない常勤技術者の健康保険加入状況については下記のとおりです。

※氏名を記入し、該当する箇所をチェック☑をしてください。

氏名	登録部門	含まれない理由
広域 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 建設工事	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input checked="" type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和 6年 7月31日

交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号		[REDACTED]	
被 保 険 者	住 所	△△市△△町△△丁目△番△号	
	氏 名	広域 太郎	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
資格取得年月日		□□〇〇年〇〇月〇〇日	
発 行 期 日		□□〇〇年〇〇月〇〇日	
一 部 負 担 金 の 割 合		〇割	
保険者番号 並びに保険 者の名称 及 び 印		[REDACTED]	
		大阪府後期高齢者医療広域連合 電話：06-4790-2028	
		印	