記 入 例

保健事業の自己負担金免除申請書

（提出先）長岡京市健康づくり推進課長　　〇年〇月〇日

健康づくり推進課が実施する保健事業について、自己負担の免除を申請します。
なお、要件の確認のために免除希望者及びその世帯全員の課税状況を調査されることについて同意します。以上の内容については、免除希望者及びその世帯全員の承諾を得ています。

申 請 者　（窓口に来られたあなた）

氏　名（自署）　長岡　太朗　（免除希望者世帯の世帯主との続柄　本人）

生年月日　大・昭・平　22　年3月　15　日

住　　所　長岡京市開田3丁目3－36

電話番号　075　－　951　－　2121

窓口に来られたあなた(申請者)の身分証明書をご提示ください。

免除希望者の世帯構成	現　住　所	☑ 申請者と同じ　長岡京市		
	前年度１月１日時点の住所	長岡京市 ・ それ以外 ⇒	※前年度１月２日以降に長岡京市に転入されている場合は、以前にお住まいの市町村が発行した世帯全員分の非課税証明書を添付してください。	
	氏　　名		生 年 月 日	自己負担金免除カード希望
	☑ 申請者と同じ			あり　なし
	長岡　京子		S24年 10月 1日	あり　なし
			年　月　日	あり　なし
			年　月　日	あり　なし
			年　月　日	あり　なし

※世帯全員が市民税非課税でないと制度対象になりません。
※記入に不備があると自己負担金免除カードを発行できないことがあります。

処理欄（以下は記入しないでください。）		判定処理日	年　月　日
受付者	申請者確認書類 □ マイナンバーカード　□ 運転免許証 □ 健康保険証　□ パスポート □ その他（　）	発行区分 □ 窓口 □ 郵送 ⇒（世帯員の同封　可 ・ 不可 ） ↳（免除希望者住所・申請者住所） ※申請者と免除希望者の住所が異なる場合のみ記入	
判定結果	申請区分	備考	
□ 認定 □ 不認定	□ １．本年度４月 ～ 本年度６月まで □ ２．本年度７月 ～ 来年度６月まで ※申請区分毎に申請書を分けること		