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
なお、要件の確認のために免除希望者及
とについて同意します。以上の内容につい
を得ています。

窓口に来られたあなた(申請者)の本人確認書類をご提示ください。

ただし、別世帯のご家族が申請される場合、

対象者本人の本人確認書類も必要です。

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　**長岡京市開田1丁目1－1**

電話番号　**075**　－　**951**　－　**2121**

免除希望者の世帯構成	現　住　所	□ 申請者と同じ　長岡京市	
	氏　　名	生 年 月 日	自己負担金免除希望
	レ 申請者と同じ		あり　なし
	長岡　京子	**昭和24**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。

※　市民税が未申告の方がいる場合、即日にカードの発行ができません。事前に税務課で申告が必要です。

※　免除希望者の世帯員の内、他市町村からの転入により長岡京市において市民税が非課税であることを確認できない方がいる場合、その方の市民税非課税証明書の添付が必要です。

（例）カード利用日が R8.4.1～R8.6.30 の場合、令和 7 年度の非課税証明書(R7.1.1 に住民票がある市町村で発行)

カード利用日が R8.7.1～R9.6.30 の場合、令和 8 年度の非課税証明書(R8.1.1 に住民票がある市町村で発行)

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/確認者	本人確認書類 … 申請者（□）・免除希望者（◇） □・◇ マイナンバーカード　□・◇ 運転免許証 □・◇資格確認書　□・◇ 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	予防接種	備考	履歴
□ 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	□ 乙訓 □ 乙訓以外		