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　　年　月　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）　　（免除希望者世帯の世帯主との続柄　　）

生年月日　大・昭・平　　年　　月　　日

住　　所　長岡京市

電話番号　　－　　－

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**
	□ **申請者と同じ**		**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**
		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		

郵便での申請について

郵送申請を希望される場合、長岡京市役所健康づくり推進課へ下記の書類を郵送してください。配達及び市役所の処理日数が必要となりますので、日数に余裕を持って申請してください。

① 保健事業の自己負担金免除申請書
必要事項を記入してください。
申請者は、対象者本人、またはそのご家族のみとなります。

② 申請者の本人確認書類
本人確認のため、「マイナンバーカード」「運転免許証」「資格確認書」などのコピーを同封してください。
※資格確認書のコピーを使用する場合は、【被保険者等記号・番号】等が見えないように隠した状態（マスキング）で同封してください。

③ 返信用封筒
封筒に返信先の住所・氏名を記入し、郵便切手（１１０円分）を貼ってください。

④ 免除希望者の本人確認書類
別世帯の家族が申請する場合のみ、免除希望者全員分の本人確認書類の写し（②を参照）のコピーが必要です。

