

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
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 太郎** (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	自己負担金免除カード希望
	☒ 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

- ※ 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R7. 4. 1~R7. 6. 30 の場合、令和6年度の非課税証明書(R6. 1. 1に住民票がある市町村で発行)
- カード利用日がR7. 7. 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)

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	本人確認書類 … 申請者(□)・免除希望者(◇)	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			
	□・◇ 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（ ）				
判定結果	申請区分	予防接種	備考		
□ 認定	□ 1. 本年度4月 ～ 本年度6月まで	□ 乙訓			
□ 不認定	□ 2. 本年度7月 ～ 来年度6月まで	□ 乙訓以外			