様式第1号

保健事業等の自己負担金免除申請書

（提出先）大山崎町長　　令和　　年　　月　　日

大山崎町が実施する保健事業等について、自己負担金の免除を申請します。
なお、要件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　（窓口に来られた方）

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

電話番号　　－　　－

免除希望者の世帯構成			
	住　　所	□ 申請者と同じ 大山崎町	
	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
		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

※　世帯全員が町民税非課税でないと制度対象になりません。

※　町民税が未申告の方がいる場合、即日のカード発行ができません。事前に税務係で申告が必要です。

※　免除希望者の世帯員の内、他市町村からの転入により大山崎町において町民税が非課税であることを確認できない方がいる場合、その方の市町村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～R8.5.31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R8.6.1～R9.5.31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。）		確認日	年　月　日
結　果	発行区分　□ 窓口	本人確認書類……申請者□　免除希望者◇	
該　当	□ 郵送 ⇒ （免除カード　枚）	□・◇個人番号カード　□・◇パスポート	
No.	郵送先 ⇒ 免除希望者住所	□・◇免許証（各種）　□・◇運転経歴証明証	
	申請者住所	□・◇資格確認書　□・◇年金手帳	
	申請者希望住所	□・◇後期高齢者医療資格確認書	
非該当	※申請者と免除希望者の住所が異なる場合に記入	□・◇介護保険者証　□・◇介護保険負担割合証	
確認印　課長	備考	□・◇福祉手帳(各種)　□・◇限度額適用認定証	
		□・◇その他（　）	
		※顔写真あり１点　顔写真なし２点	