

## 郵便での申請について

郵送申請をされる場合、大山崎町役場健康課健康増進係へ下記の書類を郵送してください。郵便局等による配達及び町役場の処理日数が必要となりますので、日数に余裕をもって申請してください。なお、郵送状況の遅延を理由とした自己負担金の発生に係る責を大山崎町は一切負いかねますのであらかじめご了承ください。

### ① 保健事業等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、またはその家族のみとなります。

### ② 申請者の本人確認書類

本人確認ため、**氏名・生年月日・住所**が記載された「個人番号カード」「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。

※顔写真ありの本人確認資料の場合は1種類、顔写真なしの本人確認資料の場合は2種類必要です。

※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で同封してください。

※成年後見人が申請手続きをする場合は、成年後見人であることを証明する登記事項証明書のコピーが必要です。

### ③ 免除希望者の本人確認種類

申請者と免除希望者が異なり、かつ別世帯の家族が申請する場合のみ**別途**、免除希望者の本人確認書類(②を参照)のコピーが必要です。

### ④ 返信用封筒

封筒に返信先住所・氏名等を記入し、**郵便切手(110円分)**を貼ってください。

返信住所は申請者住所か、免除希望者住所をご記入ください。ただし、免除希望者が病院や施設などで生活されている場合は当該住所への返送が可能です。

※上記の理由を除き、申請者、免除希望者以外の住所への返送はできません。

※郵便物が正しく届くよう方書等漏れなくご記入ください。また病院や施設への返信を希望される場合は、施設等の関係者に記入方法をご確認ください。

### ⑤ 送付先住所

〒618-8501

京都府乙訓郡大山崎町字円明寺小字夏目3番地

大山崎町役場 健康課 健康増進係

自己負担金免除カード担当