

(様式第1号)

令和 年 月 日

(あて先)

滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

(申請者) 住 所 〒

氏 名 (法人にあってはその名称)

(代表者の氏名)

### 滋賀県健康づくりキャラクター使用申請書

下記のとおり、滋賀県健康づくりキャラクターを使用したいので申請します。

1 使用目的	
2 使用方法	
3 使用期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
4 作成数	
5 連絡先	(担当者) (電話番号)
6 使用計画	

※ 注意事項・企画書（レイアウト、スケッチ、原稿等）、申請者の概要、その他参考となるものを添付すること。

キャラクターに近接して「滋賀県健康づくりキャラクターしがのハグ&クミ（ハグまたはクミ）」と表記できない場合においては、その理由を明記すること。

滋賀県健康づくりキャラクター使用取扱要領第2条第2項各号に該当すると認められた場合には、直ちに使用を中止することを誓約します。

氏 名 (法人にあってはその名称)

(代表者の氏名)

(様式第2号)

滋医険第 号  
令和 年 月 日

○○○  
○○○ ○○ ○○ 様

滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

滋賀県健康づくりキャラクター使用（変更）承認通知書

令和 年 月 日付けで申請のあった滋賀県健康づくりキャラクターの使用（変更）について、下記のとおり承認します。  
なお、キャラクターの使用に関しては、滋賀県健康づくりキャラクター使用取扱要領の内容を遵守してください。

記

1 使用方法	
2 使用期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
3 作成数	部
4 使用条件	※ 承認内容に変更が生じる場合は申請すること
5 その他の	

(様式第3号)

令和 年 月 日

(あて先)

滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

(申請者) 住 所 〒

氏 名 (法人にあってはその名称)

(代表者の氏名)

### 滋賀県健康づくりキャラクター使用承認変更申請書

令和 年 月 日付け滋医険第 号で承認を受けた滋賀県健康づくりキャラクターの使用について、下記のとおり変更したいので申請します。

記

(変更の内容)

滋賀県健康づくりキャラクター使用取扱要領第2条第2項各号に該当すると認められた場合には、直ちに使用を中止することを誓約します。

氏 名 (法人にあってはその名称)

(代表者の氏名)

(様式第4号)

滋医険第 号  
令和 年 月 日

様

滋賀県健康医療福祉部医療保険課長

滋賀県健康づくりキャラクター使用承認取消通知書

令和 年 月 日付け滋医険第 号で承認した滋賀県健康づくりキャラクターの使用については、下記の理由により取り消します。

記

承認年月日	令和 年 月 日
承認番号	第 号
取消理由	