令和４年度高齢者等インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌（23価）
予 防 接 種 自 己 負 担 金 免 除 申 請 書

高齢者等インフルエンザ又は高齢者用肺炎球菌（23価）予防接種自己負担金免除決定のために必要な住民税の課税状況及び生活保護について関係当局に報告を求めることに同意します。

※ 太線内をご記入ください。

※ 郵送および代理人の場合申請者氏名欄は本人署名又は捺印をお願いします。

申 請 日	令和　　年　　月　　日		
フリガナ 申請者(被接種者)氏名			
生 年 月 日	明 治 大 正　　年　　月　　日（　　歳） 昭 和		
住　所	久御山町		
電 話 番 号		接　種 予 定 日	年　　月　　日
世帯主氏名		接 種 予 定 医 療 機 関	

※代理人の場合

上記の申請を受けてインフルエンザ・肺炎球菌（23価）予防接種自己負担金免除者申請につき、その権限を委任されました。

代理人氏名	申請者との関係	本 人 確 認	・免許証　・保険証 ・パスポート ・その他（　　）

↓該当する番号を〇で囲んでください。

料金免除内訳

1　肺炎球菌(23価)予防接種　**2,500円**

※肺炎球菌は、町が今年度発行した「接種券」を持っている人のみ対象

2　インフルエンザ予防接種　**1,500円**

① 生活保護世帯等

② 住民税が課税されていない世帯

③ 中国残留邦人等支援給付世帯

受付・確認 年 月 日	令　和　　年　　月　　日	
申 請 者	・本　人 ・代 理 人（　家族　・家族外　）	
予 診 票	広域用 ・ 直接請求用	
確認者氏名	国 保 健 康 課	
	福　祉　課	

① 生活保護世帯等
（ 該 ・ 非 ）

② 住民税が課税されていない世帯
（ 該 ・ 非 ）

③ 中国残留邦人等支援給付世帯
（ 該 ・ 非 ）