

# 令和5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また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(代理人の本人確認できるものが必要 例:免許証・マイナンバーカード) 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○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 <span style="float: right;">2,500円</span> ※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 <span style="float: right;">1,500円</span>		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) <input type="checkbox"/> 代理人確認書類コピー		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 )	
予診票	広域用・直接請求用			
確認者氏名	国保健康課			
	福祉課			