

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

記入見本

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申請書に
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

※ 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	ク ミ ヤ マ ハ ナ コ 久 御 山 華 子		
生年月日	明治 大正 昭和	○年	○月 ○日 (○ 歳)
住所	久御山町 島田ミスノ38番地		
電話番号	631-9903	接種 予定日	×年 ×月 ×日
世帯主氏名	本人	接種予定 医療機関	くみやま医院
※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	<input checked="" type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()
該当する番号を○で囲んでください。			
料金免除内訳		<input checked="" type="checkbox"/> ① 生活保護世帯等 <input checked="" type="checkbox"/> ② 住民税が課税されていない世帯 <input type="checkbox"/> ③ 中国残留邦人等支援給付世帯	
<input checked="" type="checkbox"/> ① 肺炎球菌(23価)予防接種 2,500円 ※町が今年度発行した「接種券」を持っている人のみ対象。 <input type="checkbox"/> ② インフルエンザ予防接種 1,500円			
受付・確認 年月日	令和 年 月 日		
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人() <input type="checkbox"/> 代理人確認書		
予診票	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯等 (該・非) <input type="checkbox"/> 住民税が課税されていない世帯 (該・非) <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付世帯 (該・非)		
確認者氏名	国保健康課 福祉課	<input checked="" type="checkbox"/> ③ 中国残留邦人等支援給付世帯 (該・非)	

こちらは
記入しないでください。