

令和6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	※65歳以上もしくは60～64歳(要件を満たしている)	
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 2,500円 ※接種日が65歳誕生日前日から66歳誕生日前日まで 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	※接種該当年齢チェック(該 ・ 非)	
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)
予診票	広域用 ・ 直接請求用		② 住民税が課税されていない世帯 (該 ・ 非)
確認者氏名	国保健康課 ----- 福祉課	③ 中国残留邦人等支援給付世帯 (該 ・ 非)	

令和6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

記入見本

※ 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)	※65歳以上もしくは60～64歳(要件を満たしている)
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 ・ 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		① 生活保護世帯等	
① 肺炎球菌(23価)予防接種 2,500円 ※接種日が65歳誕生日前日から66歳誕生日前日まで		② 住民税が課税されていない世帯	
2 インフルエンザ予防接種 1,500円		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	※接種該当年齢チェック(該・非)	
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人() <input type="checkbox"/> 代理人確認書	① 生活保護世帯等 (該・非)	
予診票	広域用・直接請	② 住民税が課税されていない世帯 (該・非)	
確認者氏名	国保健康課 福祉課	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。

令和6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
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。

記入見本

※ 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)	※65歳以上もしくは60～64歳(要件を満たしている)
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	くみやま医院
※代理人の場合(代理人の本人確認(マイナンバーカード)) 代理人の場合 記入してください			
代理人氏名	京都 一郎	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()
申請者との関係		娘の夫	
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	
1	肺炎球菌(23価)予防接種 2,500円	※接種日が65歳誕生日前日から66歳誕生日前日まで	
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	※接種該当年齢チェック(該・非)	
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人() <input type="checkbox"/> 代理人確認書	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯等 <input type="checkbox"/> 住民税が課税されていない世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付世帯 <input type="checkbox"/> (該・非)	
予診票	<input type="checkbox"/> 広域用・直接請 <input type="checkbox"/> 住民税が課税されていない世帯 <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (該・非)	

こちらは
記入しないでください。