

受付印
(No. 記入)

大竹市 高齢者肺炎球菌・带状疱疹ワクチン予防接種
自己負担額免除申請書

次のとおり、予防接種自己負担額免除について申請します。(希望する予防接種にチェック(☑)を入れてください。)

☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹ワクチン(生ワクチン) ☐ 带状疱疹ワクチン(組換えワクチン)

次の免除対象のうち、該当するものにチェック(☑)を入れてください。

☐ 生活保護世帯

☐ 市民税非課税世帯(市民税非課税世帯員の確認のため、世帯構成状況及び市県民税課税台帳等の閲覧に同意します。また、このことについて私の世帯員の同意を得ています。)

年 月 日

大竹市長様

太枠内に記入してください。

※申請者が世帯員でない場合は申請者欄に署名及び委任欄の記入が必要です。

申請者	名前	
	住所	〒
	電話番号	

【委任欄】 私は上記の者を代理人と定め、予防接種自己負担額免除に係る申請・受領に関する権限を委任します。

委任者	名前 (接種を受ける人)	※接種を受ける人が署名してください。	
	住所 (接種を受ける人)	〒	
	代筆者名前	※自書できない場合は代筆者が記入し、代筆者名前欄に署名してください。 委任者から () 見た続柄	
	代筆者電話番号		
	接種券等送付先	☐ 申請者住所 ☐ 委任者住所	※関係書類の送付先にチェック(☑)を入れてください。

世帯員全員の名前を記入してください。免除希望者は一番左の空欄に○をしてください。

名前(ふりがな)・生年月日	交付内容 ※記入不要			
	高齢者肺炎球菌		带状疱疹ワクチン	
	該当	非該当	該当(1回・2回)	非該当(1回・2回)
☐ 申請者に同じ 大・昭 年 月 日生(歳)	P1 No. _____	P1 No. _____	O2 No. _____	O1 No. _____
☐ 申請者に同じ 大・昭 年 月 日生(歳)	P1 No. _____	P1 No. _____	O2 No. _____	O1 No. _____
☐ 申請者に同じ 大・昭 年 月 日生(歳)	P1 No. _____	P1 No. _____	O2 No. _____	O1 No. _____
☐ 申請者に同じ 大・昭 年 月 日生(歳)	P1 No. _____	P1 No. _____	O2 No. _____	O1 No. _____

健康管理 システム確認	☐ 非課税 ☐ 課税	☐ 交付歴なし ☐ 交付済み	年 月 日	受付者	確認者
----------------	---	---	-------	-----	-----