

高齢者等予防接種券申請書及び自己負担免除申請書

年 月 日

竹 原 市 長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

電話番号 (_____)

接種希望者との続柄 (_____)

予防接種法に基づく次の予防接種について、予防接種券の交付を申請します。

被 接 種 者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒									
	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ										
	個人番号											
	生年月日	年 月 日 【 歳】										

接種医療機関名 _____

予 防 接 種 名 _____

肺炎球菌予防接種 _____ 接種したことがない・接種したことがある

【市民税非課税世帯の方・生活保護世帯の方】

予防接種に係る自己負担金の免除を申請します。

※添付書類 接種希望者の生活保護受給状況、世帯員の市民税課税状況を証する書類を添付すること。ただし、市の保管する書類により確認できる場合で、かつ、これに同意する場合は添付を省略可。

- 必要に応じて、接種希望者の属する世帯全員の市民税課税状況を確認することに同意します。
- 翌年以降も接種希望者の属する世帯全員の市民税課税状況を確認し、自己負担免除者である場合、市から自己負担免除の接種券を住所地へ送付することに同意します（肺炎球菌予防接種を除く）。

■ 申請者が代理人の場合、接種希望者は次の委任状に記入してください。

委 任 状

私は、この申請に係る一切の権限を前出の代理人（申請者）に委任します。

接種希望者の住所 _____

接種希望者の氏名 _____

※S・H・K 確認者