

平成30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は本人署名と捺印をお願いします。

申請日	平成 年 月 日		
フリガナ 申請者(被接種者)氏名	(印)		
生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)	男 ・ 女
住 所	久御山町		
電話番号		接種 予定日	平成 年 月 日
世帯主氏名		接種予定 医療機関	
※代理人の場合 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	(印)	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 ※町が発行した平成29年度用の「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 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	平成 年 月 日		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)
申請者	・ 本 人 ・ 代 理 人 (家 族 ・ 家 族 外)		
予 診 票	広域用 ・ 直接請求用		
確認者氏名	国保健康課 税務課 住民福祉課		


平成30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は本人署名と捺印をお願いします。

記入見本

申請日	平成 30年 4月 20日		
フリガナ 申請者(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	18年4月15日(75歳)	男 女
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	平成 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 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		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生活保護世帯等	
① 肺炎球菌(23価)予防接種	2,500円	② 住民税が課税されていない世帯	
※町が発行した平成29年度用の「接種券」を持っている人のみ対象。		③ 中国残留邦人等支援給付世帯	
2 インフルエンザ予防接種	1,500円		
受付・確認 年月日	平成 年 月 日		①生活保護世帯等 (該・非)
申請者	・本人 ・代理人(家族)	②住民税が課税されていない世帯 (該・非)	
予診票	広域用・直接請求		③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 税務課 住民福祉課		

こちらは
記入しないでください。

平成30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は本人署名と捺印をお願いします。

記入見本

申請日	平成 30年 4月 20日		
フリガナ 申請者(接種者)氏名	クミヤマ マ ハナコ 久 御 山 華 子		
生年月日	明治 大正 昭和	18年4月15日(75歳)	男 女
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	平成 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 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	京都 一郎		本人確認 <input checked="" type="checkbox"/> 免許証 <input checked="" type="checkbox"/> 保険証 <input checked="" 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	② 住民税が課税されていない世帯	
※町が発行した平成29年度用の「接種券」を持っている人のみ対象。		③ 中国残留邦人等支援給付世帯	
2 インフルエンザ予防接種	1,500円		
受付・確認年月日	平成 年 月 日	① 生活保護世帯等 (該・非)	
申請者	・本人 ・代理人(家族)	② 住民税が課税されていない世帯 (該・非)	
予診票	広域用・直接	③ 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 税務課 住民福祉課		

こちらは記入しないでください。