

季節性インフルエンザ予防接種減免申請書

備前市長 殿

季節性インフルエンザ予防接種の一部負担金を減免していただきますよう申請します。また、本件の認定に係る必要な課税状況等を確認することについて同意します。なお、確認できない場合は、関係書類を提出します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
接種医療機関		

被接種者 (接種を受ける <u>65歳以上</u> *の方)	ふりがな		生年月日
	氏名		大・昭 年 月 日
	住所	備前市 (☎ - -)	
委任欄	私は、下記の代理人(受任者)に、インフルエンザ予防接種自己負担免除に係る申請手続きを委任します。		
	接種を受ける方の氏名		印
	(※接種を受ける方本人の署名の場合、押印は不要です。)		
	代理人(受任者)	ふりがな	被接種者との続柄
	氏名		
	住所	(☎ - -)	

※接種時の年齢が満60歳以上満65歳未満で、障がい要件(心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障がい)で障害者手帳1級程度)に該当する場合も申請可能です。

備前市使用欄

係長	担当	接種日年齢			助成決定額	
		<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳：身1級相当			1,000円 ・ 2,000円 ・ 非該当	
本人確認	医療機関	受給者証明	マイナンバー	課税状況	備考(台帳番号)	決定日
				<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯		令和 年 月 日

季節性インフルエンザ予防接種減免申請書

備前市長 殿

季節性インフルエンザ予防接種の一部負担金を減免していただきますよう申請します。また、本件の認定に係る必要な課税状況等を確認することについて同意します。なお、確認できない場合は、関係書類を提出します。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 住民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
接種医療機関	備前病院	

被接種者 (接種を受ける <u>65歳以上</u> *の方)	ふりがな	びぜん はなこ	生年月日	
	氏名	備前 花子	大・昭 25 年 11 月 5 日	
	住所	備前市 東片上 7 (☎ 0869 - 64 - 1100)		
委任欄	私は、下記の代理人(受任者)に、インフルエンザ予防接種自己負担免除に係る申請手続きを委任します。			
	接種を受ける方の氏名 備前 花子 (接種を受ける方本人の署名の場合、押印は不要です。)			
	代理人 (受任者)	ふりがな	びぜん たろう	被接種者との続柄
		氏名	備前 太郎	子
住所		備前市東片上 126 (☎ 0869 - 64 - 1820)		

※接種時の年齢が満 60 歳以上満 65 歳未満で、障がい要件(心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障がい)で障がい者手帳 1 級程度)に該当する場合も申請可能です。

市役所記入欄↓

備前市使用欄

係長	担当	接種日年齢			助成決定額	
	印 印	<input checked="" type="checkbox"/> 65 歳以上	<input type="checkbox"/> 60~64 歳 : 身 1 級相当	1,000 円 ・ 2,000 円 ・ 非該当		
本人確認	医療機関	受給者証明	マイナンバー	課税状況	備考(台帳番号)	決定日
✓	✓			<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税世帯		令和 5 年 10 月 1 日

申請者の

M-1
H-1
Y-1