

様式第3号 (第10条関係)

高齢者予防接種負担金免除申請書

令和 年 月 日

小田原市長 様

申請者氏名 _____

接種を希望する者(被接種者)との続柄 _____

次のとおり接種費用の負担金の免除を申請します。

	希望するものに ○をつけてください
インフルエンザ	
高齢者肺炎球菌	
新型コロナウイルス	



高齢者肺炎球菌に○をつけたかた
これまでに肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。(はいの方は対象外です。)
<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい

ふりがな		性別	男 ・ 女
被接種者氏名		電話	
住所	〒		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳
免除申請の理由	<input type="checkbox"/> 地方税法の規定による市民税非課税世帯であるため <input type="checkbox"/> 生活保護法の規定による被保護世帯であるため <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援法の規定による支援給付を受けている世帯であるため		

※市民税非課税世帯による免除申請の方は、次の内容に同意の上、ご署名ください。
(本人の署名も必要です。すべての方が非課税である場合に免除対象となります。)

※免除対象者の確認のために、私の属する世帯の状況を調査することに同意します。

世帯主 氏名 _____
 世帯構成員 氏名 _____
 氏名 _____
 氏名 _____
 氏名 _____

※上記住所以外に免除確認書の 郵送を希望される場合
〒 _____

氏名 _____