

様式第3号 (第10条関係)

高齢者予防接種 (~~インフルエンザ~~・肺炎球菌) 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<br>○をつけてください | <b>高齢者肺炎球菌に○をつけたかた</b><br>これまでに肺炎球菌予防接種を受けたこと<br>がありますか。(はいの方は対象外です。)<br><input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい |
| インフルエンザ | /                    |                                                                                                                                     |
| 高齢者肺炎球菌 | _____                |                                                                                                                                     |

|         |                                                                                                                                                                  |    |       |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| 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<br><input type="checkbox"/> 生活保護法の規定による被保護世帯であるため<br><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 |    |       |

※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。  
 本人を含めて署名してください。

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 \_\_\_\_\_