

記入例

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

小田原市長 様

【ご注意】
高齢者肺炎球菌は対象年齢が決まっています。対象のかたには黄色の肺炎球菌ワクチン接種券 (A4サイズ) をお送りします。

申請者氏名 **小田原 太郎**

接種を希望する者 (被接種者) との続柄 **本人**

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	○

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。)

いいえ ・ はい

必ずチェックを付けてください。

ふりがな	おだわら たろう	性別	男 ・ 女
被接種者氏名	小田原 太郎	電話	47-0828
住所	〒256-0816 小田原市酒匂2-32-16		
生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	年齢	〇〇 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		

該当する理由にチェックを入れてください。 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。(すべての方が非課税である場合に免除対象となります。)

世帯主 氏名 **小田原 太郎**

世帯構成員 氏名 **小田原 花子**

氏名 **市民税非課税世帯の場合のみ、
本人を含めて署名してください。
(生活保護利用世帯は記入不要)**

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 _____

【ご注意】 (市民税非課税世帯としてご申請の場合)
同じ世帯内にお一人でも市民税を課税されているかたがいる場合は、市民税非課税世帯とはならず、負担金は免除になりませんのでご注意ください。