

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 _____

次のとおり高齢者予防接種に係る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		これまでに接種を受けたことがありますか。 (○を付けてください)
肺炎球菌		➡	はい ・ いいえ
インフルエンザ			
新型コロナウイルス			どちらのワクチンの確認書が必要ですか (○を付けてください)
带状疱疹		➡	生ワクチン ・ 不活化ワクチン

※ 高齢者肺炎球菌予防接種及び高齢者带状疱疹予防接種に係る注意事項
肺炎球菌ワクチン及び带状疱疹ワクチンの接種が完了している方は、同じ種類の予高齢者防接種はできません。
接種の対象外となります。

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	☐ 地方税法の規定による市民税非課税世帯であるため ☐ 生活保護法の規定による被保護世帯であるため ☐ 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 _____