

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	
肺炎球菌 (65歳の方が対象)		これまでに接種を受けたことがありますか。 (○をつけてください)  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 (○をつけてください)  生ワクチン ・ 不活化ワクチン
带状疱疹		

※ 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、同じ種類の予防接種を定期接種として受けることができません。定期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	<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 \_\_\_\_\_