

高齢者予防接種負担金免除申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

【ご注意】

高齢者肺炎球菌と带状疱疹(定期)は対象年齢が決まっています。対象のかたには接種券をお送りしていますのでご確認ください。

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**

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)	☐
インフルエンザ	☐
新型コロナウイルス	☐
带状疱疹	☐

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)

はい ・ いいえ

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)

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	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	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	年齢	〇〇 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。)

該当する理由にチェックを入れてください。

の状況を調査することに同意します。

世帯主 氏名 **小田原 太郎**

世帯構成員 氏名 **小田原 花子**

氏名
氏名
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)

※上記住所以外に免除確認書の
郵送を希望される場合

【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。