

予防接種費用免除申請書

令和	年	月	日
----	---	---	---

足利市長あて

予防接種名		高齢者肺炎球菌								
申請者	郵便番号				—					
	住所	足利市								
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			年	月	日			
	電話番号									

申請理由	<input type="checkbox"/>	生活保護法による被保護世帯に属する方
	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯に属する方(申請に際し、申請日現在の課税台帳閲覧に同意します)

※市民税の課税状況は6月1日で切り替わります。4月、5月の申請は前年度の課税状況で判断します。

接種予定の医療機関	
-----------	--

※以下代理申請の場合のみ記入してください

代理人	住所	
	氏名	(接種者との続柄)
	電話番号	

接種者本人、代理人それぞれの本人確認書類をご提示ください。

以下①または②に該当する方は「情報連携申請書」をご提出ください。

- ①1月2日以降に足利市に転入された、市民税非課税世帯に属する方
- ②生活保護法による被保護世帯に属する方で他自治体から保護を受けている方

以下市使用欄 未接種確認

本人確認 運転免許証(運転経歴証明書) 健康保険証 マイナンバーカード 介護被保険者証 その他
 代理人確認 運転免許証(運転経歴証明書) 健康保険証 マイナンバーカード 介護被保険者証 その他

審査結果	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯								
	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(申請日現在)								
	<input type="checkbox"/> 非該当								
本人健康管理番号									
		受付番号							