

季節性インフルエンザ予防接種減免申請書

和気町長 殿

季節性インフルエンザ予防接種の一部負担金を減免していただきますよう申請します。また、本件の認定にかかる必要な課税状況等を確認することについて同意します。なお、確認できない場合は、関係書類を提出します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
接種医療機関		

※接種時の年齢が満 60 歳以上満 65 歳未満で、障がい要件(心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障がい)で障害者手帳 1 級程度)に該当する場合も、申請可能です。

被接種者 (接種を受ける 65歳以上 *の方)	ふりがな		生年月日
	氏名		明・大・昭 年 月 日
	住所	和気町 (☎ - -)	
委任欄	私は、下記の代理人(受任者)に、インフルエンザ予防接種自己負担免除に係る申請手続きを委任します。 接種を受ける方の氏名 _____ (印) (接種を受ける方本人の署名の場合、押印は不要です。)		
	代理人 (受任者)	ふりがな	被接種者との続柄
		氏名	
		住所	(☎ - -)

●平成 29 年 1 月 1 日時点での住所が和気町以外の場合は、当該自治体において非課税世帯であることの確認を行うため、個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

個人番号 (マイナンバー)																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

和気町使用欄

係長	担当	接種日年齢				助成決定額		
		<input type="checkbox"/> 65 歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64 歳 : 身 1 級相当				1,000 円 ・ 2,000 円 ・ 非該当		
本人確認	医療機関	受給者証明	マイナンバー	課税状況	備考	決定日		
				<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯		平成 年 月 日		