

インフルエンザ予防接種自己負担金免除申請書

(あて先) 那珂川市長

私は、インフルエンザ予防接種の自己負担金について下記のとおり免除の申請をします。

なお、本件に関し、世帯全員の市民税の課税状況及び生活保護の認定状況について必要な調査をすることに同意します。

被接種者		申請日	令和	年	月	日
住 所	那珂川市	電話番号	(	)	—	
接種を受ける 人の氏名	ふりがな	性 別	男 ・ 女			
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳) ※接種日時点で 65 歳以上の方が対象です。					

自己負担金免除の理由： 生活保護世帯 ・ 非課税世帯 （該当を○で囲む）

窓口に来られた方が申請者本人以外の場合

代理人住所		代理人の 電 話 番 号	() —
代理人氏名 (代理人署名)			
本人との続柄			
代理人が(同居の)家族以外の場合 委任状	私（被接種者）は上記の代理人を申請に係る代理人と認め、権限を委任します。 令和 年 月 日 委任者氏名（被接種者または被接種者の同居者） 印		

上記のとおり確認しましたので、別紙（様式第2号）の通知書を発行してよろしいか、お伺いします。

世帯の課税状況

1. 被保護世帯
2. 市町村民税等非課税世帯
3. 課税 → 申請者へ説明 担当：

決 裁	課 長	係 長	担 当

年 月 日