

年 月 日

予防接種自己負担金一部免除申請書 兼 同意書

(宛先) 白井市長

申請者 住所
氏名

(带状疱疹ワクチン ・ 新型コロナワクチン ※該当するものに✓) の自己負担金の一部免除を次のとおり申請します。

| | | |
|--|--|------------|
| 被接種者 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 電話番号 | () |
| 【委任欄】 申請者が代理人の場合のみ記入 | 代理人(申請者)氏名: _____ 被接種者との関係: <input type="checkbox"/> 同じ世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯の親族(関係性: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| 被接種者と同じ世帯の人が申請する場合は被接種者の記入は不要です。 | 私は、予防接種の自己負担金の一部免除のために、上記の者に申請を委任します。 氏名 _____ ※こちらの署名は事前に被接種者が記入してください。 | |
| 免除を受けようとする理由 | 市町村民税非課税世帯に属するため | |
| 私は、免除の決定に必要な市町村民税非課税世帯であることに関する情報を、市が保有する公簿等により、健康課が確認することに同意します。 申請者氏名 _____ | | |

【以下、職員使用】

| | | | | | |
|------|--|------|--|---|--|
| 本人確認 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |
| 確認者1 | | 確認者2 | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (/ 送付) |