

# 高齢者の定期予防接種費用免除申請書

令和 年 月 日

(あて先) 八尾市長

申請者 氏 名:

被接種者本人の場合はチェック

住 所:

被接種者と同じ場合はチェック

電話番号:

被接種者と同じ場合はチェック

続 柄: 家族(親類)・施設職員・ケアマネ・ヘルパー・その他

※ 〇された項目は記入不要

※ 続柄が「その他」の申請者又は被接種者以外の個人番号による申請者は委任状必要

● 高齢者の定期予防接種に係る費用について、免除該当者であるため本申請書を提出します。

フリガナ	
被接種者氏名	
生 年 月 日 (明治・大正・昭和)	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒581- 八尾市
電 話 番 号	性 別 男 ・ 女

※ 以下のあてはまる項目に〇してください。

予防接種の種類:  インフルエンザ  肺炎球菌(過去に受けたことがある・ない)

免除対象者区分:  市民税非課税世帯  生活保護受給者  中国残留邦人等支援給付受給者

● 本申請に当たり、下記の書類を提示します。(【1】、【2】のうち、いずれかに1つに〇)

【1】 免除対象者確認書類による申請										
<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書、中国残留邦人等支援給付受給証明書										
<input type="checkbox"/> 納入通知書(介護保険料額決定通知書の所得段階区分 第1~3段階)										
<input type="checkbox"/> 市民税・府民税非課税通知書(世帯全員分)										
<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証(有効期間内)										
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(有効期間内)										
【2】 個人番号書類による申請										
<input type="checkbox"/> 個人番号の記載 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (個人番号カード又は被接種者の個人番号確認書類及び申請者の身元確認書類の提示)										
※ 市民税非課税世帯の方は地方税関係情報の取得に同意の上、以下に〇してください。										
<input type="checkbox"/> 本申請の事務手続きを処理するため、私(被接種者)の地方税関係情報を取得することに同意します。										

以下は、記入しないでください。(担当課確認欄)

確 認 者 氏 名 ( )

確 認 年 月 日 (令和 年 月 日)

無 料 予 診 票 の 交 付

インフル エンザ		肺炎球菌		非該当		(理由)
-------------	--	------	--	-----	--	------

- 地方税関係情報の取得に関する同意（被接種者の同一世帯員）  
八尾市が本申請の事務手続きを処理するため、地方税関係情報を取得することに同意します。

フリガナ		被接種者との続柄	
世帯員氏名		生年月日	年 月 日
住所	被接種者本人と同じ <input type="checkbox"/>		
個人番号			

フリガナ		被接種者との続柄	
世帯員氏名		生年月日	年 月 日
住所	被接種者本人と同じ <input type="checkbox"/>		
個人番号			

フリガナ		被接種者との続柄	
世帯員氏名		生年月日	年 月 日
住所	被接種者本人と同じ <input type="checkbox"/>		
個人番号			

フリガナ		被接種者との続柄	
世帯員氏名		生年月日	年 月 日
住所	被接種者本人と同じ <input type="checkbox"/>		
個人番号			

- 個人番号書類等による代理申請の場合、以下の委任状にご記入、ご捺印ください。

<b>委任状</b>	
私は、高齢者の定期予防接種費用免除申請に係る権限を	
受任者（申請者）氏名	_____ に委任します。
委任者（被接種者）氏名	_____ (印)
住所	_____