

# 高齢者の定期予防接種費用免除申請書（施設用No. ）

令和 年 月 日

（あて先）八尾市長

申請者 氏 名： 施設代理申請鑑文のとおり

住 所： 施設代理申請鑑文のとおり

電話番号： 施設代理申請鑑文のとおり

● 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-			□添付書類記載の住所と同じ						
	八 尾 市									

※ 以下のあてはまる項目に☑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☑）

【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 border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><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☑してください。

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			