

予防接種料免除申請書

年 月 日

東近江市長 様

東近江市健康診査受診料及び予防接種料徴収規則第5条第2項の規定により、予防接種料を免除されるよう下記のとおり申請します。

申請者	住所	TEL — —
	ふりがな	
	氏名	
	免除を受ける人との関係	<input type="checkbox"/> 本人・同居親族 <input type="checkbox"/> その他() ※本人・同居親族以外の場合は、委任が必要です。

免除を受ける人 (被接種者)	住所	TEL — —
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	明治・大正 年 月 日 (歳) 昭和・平成

希望する予防接種	高齢者インフルエンザ ・ 成人用肺炎球菌ワクチン
----------	--------------------------

免除の理由 該当する区分に○印を付けてください	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯
----------------------------	---

申請にあたり、市がこの申請内容について必要な情報を確認することに同意します。

※委任	<p style="text-align: center;"><u>申請者が本人又は同居の親族以外の場合は、以下を記入してください。</u></p> 私は、次の者を代理人と定め、受診料免除申請に係る権限を委任します。 免除を受ける人 氏名.....(印) 代理人 住所..... 氏名.....
-----	--

- 申請年の1月1日に東近江市に住所を有しない人(世帯)は、課税証明書を添付してください。
- 東近江市以外で生活保護又は支援給付を受給している人(世帯)は、そのことを証明できる書類を提示又は添付してください。
- 申請に来られる人は、本人確認ができる次の書類をお持ちください。
(運転免許証、パスポート、健康保険証等)

接種予定他

- 60歳以上65歳未満の人で心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する人及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する人は、かかりつけ医による該当事由書を提示してください。

提示確認	
------	--

健康推進課(保健センター) 記入欄

本人確認	運転免許証 パスポート 健康保険証 その他()			
宛名番号		確認者		
審査対象	審査確認(確認者)			審査結果
非課税 生保 支援支給	確認日	年 月 日	市民税課 生活福祉課 支 所	該 当 ・ 非該当