

高齢者肺炎球菌

受付No. _____ 登録No. _____ (高肺)

八戸市予防接種自己負担免除申請書

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 八戸市長

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種にあたり、自己負担の免除を申請します。

また、申請にあたり、世帯全員の市民税の課税台帳を閲覧すること及び福祉事務所に生活保護の被保護世帯であるか照会することに同意します。

1. 交付を希望する方(接種を受ける方)

住所	八戸市	電話番号 () _____	—
(フリガナ) 氏名	_____	性別	男・女
生年月日	大正・昭和 _____年 _____月 _____日	免除 区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯

2. 代理申請する方

※「1. 交付を希望する方」と異なる場合のみ記入してください。

(フリガナ) 氏名	_____	接種者 との続柄	_____
住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外(下記に記入してください)		
	電話 () _____		

<注意事項>

※ 記載された個人情報は八戸市個人情報保護条例に基づき厳重に管理し、目的外には使用しません。

(提出先)

〒031-0011 八戸市田向三丁目6番1号 八戸市保健所保健予防課 ☎0178-38-0715 (直通)

<保健予防課記入欄>

認定要件	60歳以上 65歳未満	受付者
		印

年齢	免除	確認者
歳	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	印

説明	交付者
	印

免除対象外の理由

①本人・家族に課税あり。 ②本人・家族の課税状況が確認できない。 ③別途申請済み。 ④障がい非該当。

○ その他

()