

高齢者インフルエンザ
高齢者新型コロナウイルス

受付No. _____

交付No. _____ (インフル)

交付No. _____ (コロナ)

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

定期B類予防接種にあたり、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	(電話 _____ - _____ - _____)			
	八戸市			
(フリガナ) 氏 名		男・女	免除 対象	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス
生年月日	大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	免除 区分	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯	

2. 代理申請をする方

※「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	☐ 上記と同じ ☐ 上記以外 (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。

※ **郵送で申請する場合**は、申請書に必要事項を記入の上、切手（110 円分）を貼った返信用封筒を同封し、保健予防課まで郵送してください。要件に該当する方には自己負担0円の予診票、非該当の方には自己負担1,000円（インフルエンザ）・自己負担7,800円（新型コロナウイルス）の予診票を送付します。

(提出先) 〒031-0011 八戸市田向三丁目6-1 総合保健センター3階
保健予防課 予防接種グループ ☎ 0178(38)0715 / 0178(38)0730 (直通)

<保健予防課記入欄>

65歳以上	60歳以上 65歳未満	受付者	年齢	免除	メモ添付	確認者	説明	説明者
		印	歳	☐ 可 ☐ 否	☐ 65歳未満 ☐ 誕生日前	印		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。 ⑤その他

(_____)