

高齢者肺炎球菌・带状疱疹予防接種減免申請書

倉敷市長あて

令和 年 月 日

申請者（代筆可）

住所	〒 -	被接種者との関係	☐ 本人 ☐ 世帯員 ☐ 3 親等以内の親族 続柄（ ）
氏名			窓口・郵送申請のみ ☐ 成年後見人 ☐ その他（施設職員等）
電話番号	- -		
郵送先	☐ 本人・世帯員住所 ☐ 代理人住所（身分証で確認必要、電話申請不可）		

次の被接種者の高齢者肺炎球菌・带状疱疹予防接種の減免を申請します。つきましては、倉敷市保健所が被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護状況、中国残留邦人等給付支援状況、身体障害者更生指導台帳、住民基本台帳を確認することに同意します。

なお、本人以外が申請する場合、代理申請に同意しています。

被接種者（減免を申請する人）

住所	☐ 申請者欄住所と同じ（記載不要） ☐ 申請者住所欄と別（以下に住所を記載してください）		
	☐ <u>前年度</u> の1月2日以降に倉敷市に転入 → 転入の場合、電話申請不可		
	☐ 4～5月接種の場合、 <u>前々年度</u> の1月2日以降に倉敷市に転入 → 転入の場合、電話申請不可		
フリガナ	生年月日		予防接種（接種履歴）
氏名			
	☐ 大正	年 月 日	☐ 肺炎球菌（23 価） ☐ 無 ☐ 有→対象外
	☐ 昭和		☐ 带状疱疹 ☐ 無 ☐ 有 生 ☐ 不活化 ☐ 回
申請理由	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯、中国残留邦人等支援受給者（市内・市外） ※市外で生活保護受給又は中国残留邦人等支援受給者は電話申請不可		

受付者		受付日	/	交付者		交付日	/	確認者	
受付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 電話	申請者確認	☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 健康保険証 ☐ 生保受給証明 ☐ 職員証（施設等） ☐ 代理人持込 ☐ 他（ ）						
減免種別	☐ 半額 ☐ 全額 ☐ 非該当	添付書類	1/2 以降の転入者→転入前（1/1 時点）の非課税の所得証明						☐ 有 ☐ 無
			3 親等以内の親族以外の代理人による申請→委任状						☐ 有 ☐ 無
			成年後見人による申請→後見内容が分かる書類						☐ 有 ☐ 無
			倉敷市外での生保受給→生活保護受給証明						☐ 有 ☐ 無
	60～64 歳で障がい者 1 級→手帳の有無確認（添付不要）							☐ 有 ☐ 無	