

# インフルエンザ予防接種自己負担免除申請書(施設用)

令和 年 月 日

佐久市長 柳田清二様

インフルエンザ予防接種自己負担の免除を申請します。無料券の交付申請及び受領について申請代理人( )に委任いたします。

なお、申請の確認のため、私及び世帯員の税情報の閲覧をすることについて同意します。

施設名			
住所		電話	

申請代理者

氏名 印

職種

別紙の者( 名)について下記理由によりインフルエンザ予防接種自己負担免除の申請をします。

- ① 生活保護法の適用を受ける方 ( 名)
- ② 令和3年度市県民税非課税世帯に属する方 ( 名)
- ③ 60歳以上で心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する方(1級の身体障害者手帳の交付を受けている方) ( 名)

- \*1 本人確認のため、保険証等の写しを提示してください。
- \*2 他の市町村で生活保護法の適用を受けている方は、「受給証明書」を提示してください。
- \*3 転入された方で、課税状況が確認出来ない場合、以前の市町村において、非課税であることを証明する書類(課税証明書など)の発行を受けて提示してください。
- \*4 ③の申請者は身体障害者手帳の写しを提示してください。

※無料券交付時、来庁された方の本人確認ができるものをご提示いただきますようお願いいたします。

来庁者

※市記入欄

		判定	
確認	1非課税		名
	2生保		名
	3身障		名
	4非該当		名
交付	免除者		名
	非該当		名

総数 名

受付者

被接種者(免除を受ける人)

(別紙)

住 所 佐久市

No

氏 名

印

男・女

生保・非課税・身障

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(満 歳)

住 所

佐久市

No

氏 名

印

男・女

生保・非課税・身障

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(満 歳)

住 所

佐久市

No

氏 名

印

男・女

生保・非課税・身障

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(満 歳)

住 所

佐久市

No

氏 名

印

男・女

生保・非課税・身障

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(満 歳)

住 所

佐久市

No

氏 名

印

男・女

生保・非課税・身障

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(満 歳)

住 所

佐久市

No

氏 名

印

男・女

生保・非課税・身障

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(満 歳)

住 所

佐久市

No

氏 名

印

男・女

生保・非課税・身障

生年月日

明治・大正・昭和

年

月

日生

(満 歳)