インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種自己負担免除申請書（個人用）

令和　　年　　月　　日

佐久市長　柳　田　清　二　様

インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症予防接種の自己負担金の免除を申請します。
なお、免除申請にあたり市が、私及び世帯員の税情報を閲覧することについて同意します。

1　令和8年10月1日から本日までにインフルエンザ・新型コロナウイルス感染症の定期接種を受けたことがありますか　※「はい」と回答された方は、定期接種を受けることはできません。

（　はい　・　いいえ　）

2　希望する定期接種

□インフルエンザ　　□新型コロナウイルス感染症　　□両方受ける

申請者　（免除を受ける人）

住　　所　佐久市　　電話

氏　　名　　男　・　女

生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日生　　（満　　歳）

申請代理人

住　　所　　電話

氏　　名　　（続柄　　）

生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日生

免除の理由（該当項目に○をしてください。）

1　生活保護法の適用を受けている方

2　令和8年度市県民税非課税世帯に属する方

＊未申告で確認ができない場合は免除にならない場合があります。

＊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、提示してください。

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）

＊上記の方は身体障害者手帳を提示してください。

※市記入欄

本人確認欄	□マイナンバーカード　□運転免許証　□資格確認書 □身体障害者手帳　□その他（　　）	交付番号	受付者
申請代理人確認欄	□マイナンバーカード　□運転免許証　□資格確認書 □その他（　　）		
確　　認	免除理由　1生保　2非課税　3身障　4非該当		