高齢者インフルエンザ・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　（施設用）

令和　　年　　月　　日

佐久市長　柳田　清二　様

別紙の者について、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の免除を申請します。

また、無料券の交付申請及び受領については、以下の申請代理人に委任します。

施設名	
代表者　職　氏名	
所在地	
電話番号	
申請代理者（来庁者）	職種　　氏名

【免除の理由と申請人数】

①　65 歳以上で生活保護法の適用を受けている方	名
②　65 歳以上で市県民税非課税世帯に属する方	名
③　60 歳以上で心臓、腎臓またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、1 級の身体障害者手帳の交付を受けている方	名
合　　計	名

【確認事項】

1　申請代理人および被接種者の本人確認書類の写し（マイナンバーカード等）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、課税状況の確認ができない場合、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（課税証明書等）の発行を受けて提示してください。

4　上記【免除の理由と申請人数】欄の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。

※市記入欄（以下は記載しないでください）

受付者	代理人確認書類	判定	交付・処理
	□　マイナンバーカード □　免許証（　　） □　その他（　　）	免除該当者　　名 非該当者　　名	

別紙

被接種者（免除を受ける人）名簿兼同意書

【同意事項】　※必ず被接種者本人または代理人が署名してください。
私は、本申請にあたり、佐久市が私および世帯員の市県民税の課税状況等について公簿等で確認することに同意し、無料券の交付申請及び受領を上記の施設（申請人）に委任します。　当該年度の 10 月 1 日から申請日までに定期接種を受けたことがある場合は、無料での接種はできないため、期間中に 2 回目以降の接種を受け自己負担が生じた場合は、全額お支払いします。

申請する予防接種	被接種者氏名（自署） ※代筆者氏名は（　）へ記載	生年月日	住所	申請区分	市記入欄
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正 ・ 昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正 ・ 昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正 ・ 昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正 ・ 昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正 ・ 昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正 ・ 昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課税□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他

（No.　　）

申請する予防接種	被接種者氏名（自署） ※代筆者氏名は（　）へ記載	生年月日	住所	申請区分	市記入欄
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他
□ インフル □ コロナ □ 両方	代筆（　　）	大正　・　昭和 年　月　日 （満　　歳）	佐久市	□ 生保 □ 非課税 □ 身障	No.（　　） □生保□非課□身障□非該当 本人確認：□介護□資格□他