

# 岬町予防接種費用助成証明書交付申請書

(兼) 課税状況閲覧同意書・(兼) 生活保護受給状況確認同意書

令和 年 月 日

岬町長様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 ( ) \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

岬町予防接種費用助成要綱の規定により

- ・ インフルエンザワクチン接種費用助成証明書の交付を申請します。
- ・ 高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成証明書の交付を申請します。

申請にあたって、次のことに同意します。

- ①世帯に係る住民税の課税状況を閲覧することに同意します。
- ②世帯に係る生活保護受給状況を確認することに同意します。

(被接種者)

|      |          |       |        |
|------|----------|-------|--------|
| 住所   | 岬町       |       |        |
| ふりがな |          |       | 男・女    |
| 氏名   |          |       |        |
| 生年月日 | 大正・昭和・西暦 | 年 月 日 | 生 ( 歳) |

※ 被接種者本人と同一世帯以外の方が申請する場合には、委任状が必要となります。

【保健センター記入欄】

|           |  |     |  |
|-----------|--|-----|--|
| 確認日       | 令和 年 月 日   | 確認者 |  |
| 身分証明書等の書類 | <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 休日夜間診療依頼証<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |  |
| 確認状況      | ・ 課税                      ・ 非課税                      ・ 生保  |     |  |
| 発行番号      | インフルエンザ  |     |  |
|           | 高齢者肺炎球菌  |     |  |