

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。
- ・ 新型コロナ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	☐ 免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 休日夜間診療依頼証 ☐ 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		
	新型コロナウイルス		

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 **岬町多奈川谷川2424-3**氏 名 **岬 花 子**被接種者との続柄 (**妻**)連絡先 **072-492-2424**

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。
- ・ 新型コロナ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 多奈川谷川2424-3		
ふりがな	みさき たろう		男・女
氏 名	岬 太郎		
生年月日	大正・昭和・西暦 24 年 10 月 10 日 生 (65 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	☐ 免許証 ☐ 健康保険証 ☐ 休日夜間診療依頼証 ☐ 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		
	新型コロナウイルス		