

# 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確認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 <b>多奈川谷川2424-3</b>		
ふりがな	<b>みさき たろう</b>		
氏名	<b>岬 太郎</b>		男・女
生年月日	大正・昭和 (西暦)	<b>24</b> 年 <b>10</b> 月 <b>10</b> 日 生	( <b>65</b> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
確認状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 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		