

岬町高齢者予防接種一部自己負担金徴収免除申請書

(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 _____

私は、岬町が実施する予防接種の一部自己負担金徴収免除を受けたく、「岬町高齢者
予防接種費用一部自己負担金徴収免除証明書」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 ☐ 資格確認書 ☐ マイナ保健証と資格情報のお知らせ ☐ その他 ()		
確認状況	・ 課税 ・ 非課税 ・ 生保		
発行番号			