

岬町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 7年 4月 1日

岬 町 長 様

(申請者) 住 所 岬町多奈川谷川 2 4 2 4 - 3

氏 名 岬 花子

被接種者との続柄 (本人)

連絡先 072-492-2,424

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 多奈川谷川 2 4 2 4 - 3		
ふりがな	みさき はなこ		男・ ☒ 女
氏 名	岬 花子		
生年月日	大正・ 昭和・ 西暦 3 5 年 4 月 日 生 (6 5 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			