

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 4月 1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 (本人)

連絡先 072-492-2424

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 多奈川谷川2424-3		
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 ○年 ○月 ○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	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> 休日夜間診療依頼証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ()		
確認状況	・課税 ・非課税 ・生保		
発行番号			