

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 | <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 | | | |