

箕面市予防接種自己負担金免除申請書

(宛先) 箕面市長

申請日 年 月 日

私は、**インフルエンザ**（原則65歳以上対象）の予防接種にあたり、自己負担金の免除を受けたいので、箕面市予防接種自己負担金徴収規則第 6 条の規定により申請します。

なお、その審査のために必要な場合は、市が私及び私と同一世帯に属する者の住民基本台帳、市民税課税台帳、生活保護の受給状況等の確認を行うこと及び関係行政機関等から地方税関係情報の提供を受けることに同意します。

申請理由 (該当する項目に チェックを入れて ください。)	☐ 生活保護法に規定する被保護者			
	☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている者			
	☐ 市町村民税非課税世帯(世帯に属する者全員が市町村民税が課されていない世帯)に属する者			
	☐ 災害その他特別の事由により市長が特に必要と認める者			
免除申請者①	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 箕面市 電話番号 (日中につながりやすい番号をご記入ください。)		
申請者①と同一世帯に属し予防接種を希望される対象年齢のかたは、下段で合わせて申請できます。				
免除申請者②	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			

上記の住所と異なる送付先を指定したい場合のみ、以下にご記入ください。

送付先住所 _____

送付先氏名 _____ 本人から見た続柄又は関係 _____

送付先電話番号 _____

*施設職員、成年後見人等が代理申請される場合は、以下にご記入の上、代理人の本人確認書類が必要です。

委任状

私は以下の者を代理人と定め、上記の予防接種自己負担金の免除に係る申請手続を委任します。

(代理人) 代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 本人から見た続柄又は関係 _____

代理人電話番号 _____