

記入見本

消える筆記用具
では記入しないで
ください。

こちらに希望されるワクチン名を記入してください。

生ワクチン(ビケン) 又は 組換えワクチン(シングリックス)

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

申請日 R7 年 〇 月 〇 日

私は、**带状疱疹**(原則65歳以上対象)の予防接種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条に基づき申請します。

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。

予防接種を受けるかたについて

申請理由
(該当する項目に
チェックをいれて
ください。)

忘れずに
チェックして
ください。

- ☐ 生活保護法による被保護者
- ☐ 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非課税である世
帯)
- ☐ 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

氏 名

住 所

タキミチ ユズル

滝ノ道 ユズル

生年月日

T・S・西暦

〇〇年7月26日

〒562-0014

箕面市

萱野5-8-1-1F

日中、つながりやすい番号

電話番号 072-727-9507

(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

氏 名

生年月日

T・S・西暦

年 月 日

*代理人が申請される場合は、以下にご記入のうえ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) 住所

氏名

生年月日

年

月

日

連絡先電話番号