

予防接種自己負担免除対象者用予診票発行申請書兼同意書 (インフルエンザ・成人用肺炎球菌)

◆住民票上の世帯員全員が市民税非課税の方が対象です。

申請に当たっては裏面の説明書をご確認ください。

平成 年 月 日

熊本市長 様

下記の者について、予防接種自己負担金の免除対象者であることの確認を申請するとともに、自己負担金免除用予診票の発行を依頼します。なお、確認に伴い、必要に応じて下記対象者及び世帯員全員に対する住民税の課税状況等について調査することに同意します。

申請者氏名 (接種を受ける人)	ふりがな	くまもと いちろう		
	氏名	熊本 一郎		
	代理署名の場合 代筆者氏名	熊本 花子	続柄	長女
申請者住民登録地 (住民票があるところ)	〒 888 - ××××	熊本市	〇〇 区	〇〇町〇〇丁目〇-〇
転入前の住所	〒 ××× - ××××	〇〇市	〇〇 区	〇〇町〇〇丁目〇-〇
電話番号 (連絡先)	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇 (自宅)			
生年月日	明治・大正・ 昭和 ×× 年 ××月 ×× 日 ※障害者手帳 1 級相当の心臓、腎臓、呼吸器の機能の障がい及び HIV による免疫機能の障がいにより対象者に該当する場合は、申請書に障害者手帳のコピーを添付してください。(対象者について詳しくは裏面)			
希望予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌			
同一世帯同意者	氏名	熊本 花子	生年月日	s 〇年〇月〇日 申請者との続柄 妻
同一世帯同意者	氏名	熊本 二郎	生年月日	s 〇年〇月〇日 申請者との続柄 長男
同一世帯同意者	氏名	熊本 三郎	生年月日	s 〇年〇月〇日 申請者との続柄 次男
記載要領 1. 同意する者が自ら署名を行なうこと。 2. 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。 3. 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。				

熊本市使用欄

受付場所・年月日
平成 年 月 日

判定	該当 (インフル・肺球)
	非該当 (課税・転入)
交付 (発送)	年 月 日

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

連絡先 〒862-0971 熊本市中央区大江5丁目1-1 感染症対策課 予防接種班 096-364-3189

*個人番号を記載する場合には、番号と本人確認ができるものを添付してください。

