

# 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 29 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 中央 区 ○○町 1-2-3
電話番号 (連絡先)	096 - 3×× - 1234 ( 自宅 )
生年月日	明治・大正・昭和 25 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

注意)この用紙は申請書ですので、これを医療機関に提出しても接種費用は無料になりません。窓口申請以外の場合は、記入した申請書は右記まで郵送してください。後日、接種費用が免除になる方には免除対象者用の予診票を郵送いたします。(免除対象外の方もその旨を郵送でお知らせします。)

〒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

予診票郵送先 ※住民票登録地以外に郵送を希望する場合に郵送先を記載してください。

〒 888 - ×××× (住所) 熊本市 中央 区 ○○町 1-2-3
_____ _____ (氏名) 熊本 花子 様

熊本市使用欄

受付場所・年月日
中央・東・西・南・北・感染症
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

