

津山市高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金減免申請書

令和 年 月 日

津山市長 殿

高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金の減免を受けたいので、津山市インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌予防接種実施規則第6条第1項の規定または津山市高齢者肺炎球菌任意予防接種実施要綱第5条第1項の規定により次のとおり申請します。なお、減免の決定に当たり、私及び私の世帯に関する事項について、貴職の公簿を確認すること及び貴職が関係機関に照会し情報の提供を受けることに同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	大正・昭和
	氏名			年 月 日
	住所		電話番号	
申請理由		<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		

減免券受領の委任

下記の者を代理人として津山市高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金減免券の受領を委任します。

申請者

氏名 _____ (印)

代理人

住所 _____

氏名 _____ (印)

※津山市記入欄（この欄は記入しないで下さい）

住民確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(受付)
定期接種対象者	<input type="checkbox"/> 65歳の者 <input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満 対象疾病	
60歳以上65歳未満 対象疾病	<input type="checkbox"/> 確認済み（医療機関： _____）	
任意接種対象者	<input type="checkbox"/> 70歳 <input type="checkbox"/> 75歳 <input type="checkbox"/> 80歳 <input type="checkbox"/> 85歳 <input type="checkbox"/> 90歳 <input type="checkbox"/> 95歳 <input type="checkbox"/> 100歳以上	
決定欄	接種券交付	
	受取り方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 自宅（施設）へ郵送
	交付番号	No. _____