

施設・病院名 _____

所在地 _____

職名・氏名 _____ 印

電話番号 _____

津山市高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金減免申請書（施設等申請用）

当施設に入所・入院している津山市民が、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、本人及び本人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の同意を得ています。

No	氏名	住所	生年月日	電話番号	押印	申請区分	津山市記入欄	
							発行の可否 発行券種	発行番号
1			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
2			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
3			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
4			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
5			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
6			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
7			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
8			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
9			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.
10			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成・無料	No.

多数の場合は裏面を使用してください。

							津山市記入欄	
No	氏名	住所	生年月日	電話番号	押印	申請区分	発行の可否	発行番号
							発行券種	
11			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
12			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
13			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
14			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
15			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
16			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
17			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
18			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
19			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
20			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
21			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
22			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
23			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
24			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.
25			大昭 年 月 日		印	市町村民税非課税世帯（助成券） 生活保護受給者（無料券）	可 ・ 否 助成 ・ 無料	No.