

市民税非課税世帯又は生活保護世帯のみ対象です

高齢者予防接種費用一部負担金免除申請書

年 月 日

(宛先) 茅野市長

申請者(窓口に来た方)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

インフルエンザ予防接種・肺炎球菌予防接種・新型コロナ予防接種・带状疱疹予防接種の費用一部負担金について、免除を申請します。

免除申請理由(下記のいずれかに○)

- ・市民税非課税世帯
- ・生活保護を受けている

希望するもの(下記のいずれかに○)

- ・肺炎球菌予防接種
- ・インフルエンザ予防接種
- ・新型コロナウイルス感染症予防接種
- ・带状疱疹

なお、免除の可否を決定するにあたり、世帯員の課税状況又は生活保護受給状況について調査することに同意します。

※申請者及び住民票上で同一世帯に属する方全員がご記入ください。

同意者	氏 名 (ご本人が署名してください)	生年月日
予防接種を受ける方		
予防接種を受ける方		
同一世帯に属する方		

市記入欄 市民税非課税・課税 生活保護

交付年月日	インフル 交付番号 ()	本人確認 ①免許証等 () ②年金手帳等() ③通帳等 ()
	肺炎球菌 交付番号 ()	
年 月 日	新型コロナ 交付番号 ()	受付職員名
	带状疱疹 交付番号 ()	