

# 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減免申請書

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 \_\_\_\_\_

带状疱疹・高齢者肺炎球菌・高齢者インフルエンザ・新型コロナ予防接種の費用一部負担金について、減免を申請します。

申請理由(下記のいずれかに○)

- ・市民税非課税世帯
- ・生活保護世帯

希望するものに○をしてください

- ・带状疱疹
- ・高齢者肺炎球菌
- ・高齢者インフルエンザ
- ・新型コロナウイルス感染症

なお、減免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<br>(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 | 带状疱疹<br>交付番号 ( ) | 本人確認       |   |       |
|       | 肺炎球菌<br>交付番号 ( ) | ①免許証等 ( )  |   |       |
| 年 月 日 | インフル<br>交付番号 ( ) | ②年金手帳等 ( ) |   |       |
|       | コロナ<br>交付番号 ( )  | ③通帳等 ( )   |   |       |
|       |                  | 带状疱疹       |   | 受付職員名 |
|       |                  | 組み換え       | 生 |       |
|       |                  | 1枚    2枚   |   |       |