

別記様式第1号(第9条第2項関係)

草津市長 宛

記入間違いがある場合、  
二重線を引き、必ず訂正  
印(申請者の印鑑)を押し  
てください。

年 月 日

健康増進課で受け付けた  
日が申請日となります。日  
付はこちらで記入しますの  
で空けておいてください。

草津市接種料免除申請書兼税務関係資料閲覧承諾書

草津市予防接種実施要綱第9条第2項の規定により、下記のとおり接種料を免除される  
よう申請します。なお、接種料免除のために、健康増進課長が私の世帯の税務関係資料を  
閲覧することを承諾します。

申請者(被接種者)氏名			印	認印可です。
生年月日	年 月 日			
住所	草津市		住民登録のある住所を記入してください。	
電話番号			不備等があった場合に問い合わせますので、 繋がりのやすいお電話番号を記入してください。	
免除を希望する予防接種	予防接種の種類 ※希望する予防接種に○をつけてください	接種料		
	( ) 高齢者インフルエンザ	1,500円		
	( ) 高齢者の肺炎球菌感染症	2,600円		
免除理由	※該当する方に○をつけてください ( ) 生活保護法により保護を受けている世帯 ( ) 市民税の非課税または免除世帯			
免除可否決定通知送付先	※上記住所と異なる場合のみ記入してください 〒 -		医療機関に入院中や施設入所中等、 やむを得ない事情がある場合のみ、 こちらに送付先を記入してください。	

代理人または成年後見人 氏名 \_\_\_\_\_ 印(続柄) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

接種されるご本人に代わって代理人・成年後見人が窓口で届出をされる場合は記入してください。

市 使 用 欄

届出する人	申請者本人	《本人確認》 免許 ・ 個力 ・ 旅券 ・ 身障 ・ 保険証 ・ シルバーほっと ・ 市通知 その他 ( )	
	代理人	《代理人確認》※成年後見人の場合は不要 免許 ・ 個力 ・ 旅券 ・ 身障 保険証 ・ シルバーほっと 市通知 ・ その他 ( )	《代理権確認》 <input type="checkbox"/> 成年後見人：成年後見人登記証明書 <input type="checkbox"/> 任意代理人：委任状 被接種者の身元確認書類 ( 免許 ・ 個力 ・ 旅券 ・ 身障 健康保険証 ・ 介護保険証 ・ 肺球ハガキ その他 ( ) )
		<input type="checkbox"/> 税務関係資料 閲覧承諾の確認	

受付者：

