

草津市長 宛

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。

該当箇所に○を付けてください。

申請者(被接種者)氏名	草津 たび丸	
生年月日	年 月 日	
住所	草津市草津三丁目13番30号 ※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
	( ) 高齢者のインフルエンザ	草津市予防接種実施要綱第7条第2項に規定する額
	( ) 高齢者の新型コロナウイルス感染症	
	(○) 高齢者の帯状疱疹 ※帯状疱疹の予防接種を希望される方は接種予定のワクチンを右から1つ選択してください。	
( ) 高齢者の肺炎球菌感染症 65歳の人のみ	( ) シングリックス	
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 (○) 市民税の非課税世帯または免除世帯	
接種予定医療機関	医療機関名 ( ●●クリニック ) ※上記の医療機関の所在地に該当するものに○をつけてください (○) 草津市・栗東市・守山市・野洲市内 ( ) 上記以外の滋賀県内 ( 市・町 ) ( ) 滋賀県外 ※草津市・栗東市・守山市・野洲市内の医療機関以外で接種を希望する場合、別途申請が必要です。手続き完了前に接種された場合、費用は全額自己負担となります。	
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。医療機関や施設以外(別居家族宅など)への送付は委任状が必要です。	

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。

代理人または成年後見人 氏名 (続柄) 電話番号

----- 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・シルバーほっと ・資格確認書・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 ・資格確認書 ・シルバーほっと・市通知 ・その他( )	《代理権確認》 □成年後見人：成年後見人登記証明書 □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 ・資格確認書・介護保険証 ・その他( ) )

成年後見人の場合、登記事項証明書のコピーを同封して郵送してください。

受付者