

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 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | |
| 住所 | 草津市 | |
| 電話番号 | | |
| 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 〒 - | |

住民登録のある住所を記入してください。

不備等があった場合に問い合わせますので、
繋がりやすいお電話番号を記入してください。

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 (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 -----

許 ・ 個カ ・ 旅券 ・ 身障 ・ 保険証 ・ シルバーほっと ・ 市通知

| | | | |
|-------|-------|---|---|
| 届出する人 | 申請者本人 | その他 () | |
| | 代理人 | <代理人確認> ※成年後見人の場合は不要 免許 ・ 個カ ・ 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 ・ 個カ ・ 旅券 ・ 身障 健康保険証 ・ 介護保険証 ・ 肺球ハガキ・ その他 ()) |

税務関係資料
閲覧承諾の確認

受付者：