

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。

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 ( ) 市民税の非課税世帯または免除世帯	
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 〒 -	

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 ・ 個カ ・ 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 ( ) )

受付者