

## 【高齢者】インフルエンザ・肺炎球菌予防接種 費用免除申請書

尾道市予防接種実費徴収規則第3条及び高齢者インフルエンザ予防接種及び高齢者肺炎球菌予防接種事業実費徴収要綱第5条の規定により、下記の予防接種に係る自己負担金の免除を申請します。

上記規定の適用を受けるに際し、世帯全員の課税状況を市が確認することに同意します。

\* 太枠の中を記入してください。

予防接種名		インフルエンザ ・ 肺炎球菌		
予 防 接 種 を 受 け る 人	個人番号（マイナンバー）			
	該当事由	市民税非課税世帯		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日（歳）
	住 所	尾道市		
電話番号		（ ）	—	
年 月 日				
尾道市長様				
申請する人（窓口に来られた人）				
氏名 _____				

\* 同一世帯以外の方が申請するときは、委任状が必要です。

市 記 入 欄	申請接種名に✓	インフルエンザ	肺炎球菌	【必須】本人確認		
	決定欄	該当	・	非該当	番 号	有 ・ 無
					身元確認	済 ・ 未
					個カ ・ 免 ・ パ ・ 障	
				保 ・ 年 ・ 介（ ）		

（裏面：委任状）