

【高齢者】 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 条及び予防接種事業実費徴収要綱第 5 条の規定により、次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		☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 肺炎球菌予防接種 ☐ 新型コロナワクチン予防接種
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 () ー		
年 月 日		
尾道市長 様		
申請する人（窓口に来られた人） 氏名 _____		

＊ 同一世帯以外の人が申請するときは、委任状が必要です。

市 記 入 欄	申請接種名に✔		インフルエンザ予防接種	【必須】本人確認	
			肺炎球菌予防接種	番 号	有 ・ 無
			新型コロナワクチン予防接種	身元確認	済 ・ 未
	決定欄	該 当 ・ 非該 当		個 力 ・ 免 ・ パ ・ 障	
				保 ・ 年 ・ 介 ()	

(裏面：委任状)

同一世帯者の課税状況を確認した場合、名前を記入			人数	処理者
			() 人	