様式第１号（第５条関係）

【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　□ 新型コロナワクチン □ 高齢者肺炎球菌 □ 帯状疱疹ワクチン　（ □生ワクチン　□組換えワクチン）
予防接種を受ける人	該当事由	市民税非課税世帯
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日　（　　歳）
	住　　所	尾道市
		電話番号　（　　）　　－
	接種を希望する医療機関名	医療機関名　（　都道府県　　市町村　）

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✔		高齢者肺炎球菌	該当・非該当	【必須】本人確認
			帯状疱疹ワクチン		身元確認（　済　・　未　）
			インフルエンザ		個カ　・　免　・　パ　・　障
			新型コロナワクチン		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	