

【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。

該当のものにチェックする

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 ☐ 带状疱疹ワクチン（ ☐ 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	オノミチ ミカン
	氏 名	尾道 蜜柑
	生年月日	大正・昭和 ● 年 ● 月 ● 日 （ ● 歳）
	住 所	尾道市 門田町22-5 電話番号 （ 0848 ） ●● - ●●●●
接種を希望する 医 療 機 関 名	医療機関名 健康推進クリニック（広島 都道府県 尾道 市町村）	
尾道市長 様		令和 ● 年 ● 月 ● 日
申請する人（窓口に来られた人） 氏名		尾道 蜜柑

窓口に来た人の名前を書く

＊ 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
		带状疱疹ワクチン		身元確認（ 済 ・ 未 ）
		インフルエンザ		個力 ・ 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	