

見本

年度守山市定期予防接種料無料申請書

(記入日) 年 月 日

守山市長あて

守山市予防接種実施要綱第4条第4項の規定により、下記のとおり接種料の無料申請をします。

なお、接種料の
人番号（マイナンバー）
生活保護世帯、も
法律による支援給

が当該世帯員の税情報を閲覧すること（個
の照会を含む。）、または、福祉事務所長に
促進及び永住帰国後の自立の支援に関する
合することに同意します。

接種される本人の氏名・生年月日等
を記入してください

フリガナ	生年月日			
被接種者 氏名	大正 昭和	年	月	日（満 歳）
住所	守山市			
電話番号				
予防接種 の種類、 申請金額、 接種予定 医療機関	※該当するもの全てにチェック☑し、医療機関名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症（2,000円）【医療機関： <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ（1,000円）【医療機関： <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナワクチン（2,100円）【医療機関：			
申請理由	※該当するものにチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 世帯員全員が市民税非課税 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び による支援給付受給世帯			
決定通知 送付先	※上記住所と異なる場合のみ記入			

接種希望の予防接種に
☑を入れてください。
予定の医療機関を記入
してください。

該当するものに
☑を入れてください

※提出者の本人確認ができる証明書（健康保険証、運転免許証、マイナンバーカード等）をご提示
ください。

あわせて本人以外の方が提出される場合

接種される本人以外の方が、代理で申請書を提出される場合、
こちらにも記入してください

(提出者) 氏名

住所

(担当課確認欄)

本人・提出者確認方法	申請理由確認方法	対象者該当	受付者	確認者
------------	----------	-------	-----	-----

※こちらの箇所は記入しないでください

<input type="checkbox"/> マイナンバー	支援に関する法律による支援対象 者と認める厚生労働大臣の証明			
<input type="checkbox"/> その他()				