

様

見本

年度守山市定期予防接種料無料申請書

(記入日) 令和●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、接種料の無料の可否を決定するにあたり、職員が当該世帯員の税情報を閲覧すること（個人番号（マイナンバー）を用いた転入前の他市区町村への照会）を必要とする場合、事務所に生活保護世帯、もしくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯に同意します。

予防接種を受ける人の
氏名・生年月日等を記入してください

フリガナ	モリヤマ タロウ	
被接種者 氏名	守山 太郎	昭和●年●月●日(満 65 歳)
住所	守山市△△町●●番地	
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。 ☐ 高齢者の肺炎球菌感染症(3,000円)【医療機関：ABCクリニック】 ☒ 帯状疱疹(□ビケン：2,500円、 【医療機関：ABCクリニック】) ☒ 高齢者インフルエンザ：1,500円 【医療機関：ABCクリニック】 ☒ 高齢者新型コロナワクチン(4,600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。 ☐ 生活保護世帯 ☒ 世帯員全員が市民税非課税 ☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び 特定配偶者の自立の支援に関する法律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 守山市○○町××番地 特別養護老人ホーム ABC 荘 担当職員 △△あて	

希望される予防接種に☑をしてください。
接種予定の医療機関名も記入してください。該当するものに☑をしてください。
担当課で確認します。

※提出する際は、無料決定通知書を上記と異なる住所に送付する時は、こちらにも記入してください。
※施設等に送付する場合は、担当職員名も記入してください。

(提出者) 氏名

(続柄)

住所

本人以外の方が、代理で申請書を提出される場合、提出される人の氏名等を記入してください。

(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
☐ 本人	☐ 生活保護受給証明書	☐ 対象（無料）		
※ こちらの箇所は記入しないでください。				
☐ 運転免許証	中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の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			
☐ その他（ ）				