

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
 なお、接種料の無料の可否を決定するにあたり、職員が当
 (マイナンバー)を用いた転入前の他市区町村への照会を
 帯、もしくは中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国
 給付受給世帯であるかどうかについて照合することに同意します。

接種をされる人の氏名・生年月日等をご記入ください

接種をされる人の氏名・生年月日等をご記入ください

フリガナ	もりやま たろう	生年月日
被接種者 氏名	守山 太郎	昭和 30 年×月×日(満 70 歳)
住所	守山市 吉身二丁目5番 22 号	
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 ☐ 高齢者の肺炎球菌感染症 (2,000 円)【医療機関 ☐ 高齢者インフルエンザ (1,000 円)【医療機関 ☐ 高齢者新型コロナワクチン (4,600 円)【医療機関 ☒ 带状疱疹 (□ビケン：2,500 円、 ☒ シングリックス筋注用：6,500 円) 【医療機関： ABC クリニック 】	
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 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	

接種を希望される予防接種に✓をし
 予定医療機関名も記入してください

該当するものにチェックしてください
対象となるかを担当課で確認します

※提出者の本人確認ができる証明書（健康保険証、運転
 ください。本人に代わって申請書を提出される場合、
 提出者の氏名等を記入してください

あわせて本人以外の人が提出される場合は、下記を

本人に代わって申請書を提出される場合、
提出者の氏名等を記入してください

(提出者) 氏名 **守山 花子** (続柄) **妻** 電話番号 **●●● - ●●●●—●●●●**

住所 吉身二丁目5番 22 号

(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 ☐ 提出者 ☐ 健康保険証 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバー ☐ その他（ ）	☐ 生活保護受給証明書 援対象者と認める厚生労働大臣の証明	☐ 対象（無料）		
こちらは、記入しないでください				