

申請日 令和 年 月 日

大和高田市長 宛

大和高田市定期予防接種自己負担金免除申請書

大和高田市定期予防接種自己負担金徴収に関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況及び生活保護受給の有無を確認する為に本市が保有する関係公募等を閲覧することに同意します。

申請者	氏名		
	連絡先電話番号		
	被接種者との続柄	①                      ②	同一世帯以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要
	被接種者本人は、予防接種を受けることに同意していますか。 なお、「いいえ」の場合には定期予防接種の対象にはなりません。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※3人以上の申請が必要な方は裏面をご確認ください。

被接種者①	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	大和高田市		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		
	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	免除証 No.      肺球【      】 (市内)	
	接種医療機関	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	<u>市外医療機関での接種を希望される場合は、「大和高田市高齢者予防接種承認交付申請書」の提出も必要になります。</u>	
	免除区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
被接種者②	氏名			
	住所	大和高田市		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		
	連絡先電話番号			
	予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	免除証 No.      肺球【      】 (市内)	
	接種医療機関	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外	<u>市外医療機関での接種を希望される場合は、「大和高田市高齢者予防接種承認交付申請書」の提出も必要になります。</u>	
	免除区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		

委任状

大和高田市長 宛

委任者（被接種者①）氏名 \_\_\_\_\_ 印（自署）  
 委任者（被接種者②）氏名 \_\_\_\_\_ 印（自署）

私は、以下の者を代理人と定め、大和高田市定期予防接種自己負担金徴収に関する要綱に基づく自己負担金の免除の申請にかかる権限を委任します。

代理人（受任者） 氏名 \_\_\_\_\_  
 委任者（被接種者①）との関係（続柄） \_\_\_\_\_  
 委任者（被接種者②）との関係（続柄） \_\_\_\_\_

なお、代理人による申請の場合は、「①代理人の本人確認書類」と「②委任者（被接種者）の本人確認書類（コピー可）」が必要です。

3人以上の被接種者に係る免除の申請が必要な方へ

3人以上の被接種者に係る免除の申請が必要である場合は、「本申請書(ただし申請者欄のみ記入すること。)」に、以下の必要記載事項を記載した「被接種者名簿」と「委任状」を添えて提出することで申請することができます。なお、「被接種者名簿」と「委任状」の見本は大和高田市公式ホームページに掲載しています。

被接種者名簿必要記載事項	委任状必要記載事項
被接種者の氏名、住所、生年月日、連絡先電話番号、予防接種の種類（第2条に規定する定期予防接種に限る。）、接種医療機関及び免除区分	委任者（被接種者）の氏名（記名押印あり）、代理人（受任者）の氏名、委任者（被接種者）との関係（続柄）及び委任者（被接種者）が代理人（受任者）に自己負担金の免除の申請にかかる権限を委任する旨の文言

ここから下は職員記入欄です。記入しないでください。

本人確認書類	申請者	被接種者
顔写真入り (1種類)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運転免許証（運転経歴証明書含む）</li> <li>・パスポート ・マイナンバーカード</li> <li>・住民基本台帳カード（写真つき）</li> <li>・身体、精神障害者保健福祉手帳</li> <li>・その他（ ）等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運転免許証（運転経歴証明書含む）</li> <li>・パスポート ・マイナンバーカード</li> <li>・住民基本台帳カード（写真つき）</li> <li>・身体、精神障害者保健福祉手帳</li> <li>・その他（ ）等</li> </ul>
顔写真なし (2種類)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年金手帳 ・健康保険証</li> <li>・介護保険証 ・後期高齢者医療証</li> <li>・マイナンバー通知カード</li> <li>・生活保護受給者証</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年金手帳 ・健康保険証</li> <li>・介護保険証 ・後期高齢者医療証</li> <li>・マイナンバー通知カード</li> <li>・生活保護受給者証</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>

世帯区分	決定区分	確認
非課税世帯	(課税・非課税)	電話確認者( ) 理由( )
生活保護世帯	(該当・非該当)	電話確認者( ) 理由( )

社会福祉課情報	TEL 確認者
保護課情報	TEL 確認者

確認者		
-----	--	--