

高齢者肺炎球菌予防接種料金自己負担金免除申請兼所得額等確認依頼書

高齢者肺炎球菌予防接種実施要領に基づく、高齢者肺炎球菌自己負担金の免除を受けたいので次のとおり申請します。自己負担金の免除にあたり、市民税非課税世帯または生活保護受給世帯であることの確認を承諾します。また医療機関に対しての、高齢者肺炎球菌予防接種費用に関する権限を委任します。

廿日市市長様

年 月 日

※本人確認のため、免許証等の提示(郵送の場合は写しを添付)または押印をお願いします。

① 申請者	ふりがな	続柄		住所			
	氏名						
	生年月日	大・昭・平	年	月	日生(満 歳)	電話番号()	-
② 予防接種を受ける人	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(③へ) <input type="checkbox"/> 申請者以外(下記を記入)						
	ふりがな			住所		廿日市市	
	氏名						
	生年月日	大正・昭和	年	月	日生(満 歳)	免除額	4,700円
③ 接種希望医療機関	<input type="checkbox"/> 廿日市市内 ()		申請理由		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

※次の1.2.に該当する人は前住所地発行の「市民税非課税証明書」が世帯人数分必要になりますので申請時にご持参ください。ただし※1を持参した場合は必要ありません。

- 令和3年1月2日以降の転入者
(5月までの申請は令和2年度、6月以降の申請は令和3年度の「市民税非課税証明書」)
- 令和2年1月2日以降の転入者で5月までに申請する人
(令和2年度の「市民税非課税証明書」)

※1 「後期高齢者医療限度額適用 標準負担額減額認定証」 「介護保険負担限度額認定証」 「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属者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯本人確認証」

【委任事項欄】	※全て、委任者が記入して下さい。	私は、次のものを代理人として上記の事項を委任します。
委任者		代理人
氏名	_____ (印)	氏名
生年月日	大正・昭和 年 月 日	生年月日
住所	_____	住所
電話番号	_____	

市記入欄

照会日 年 月 日

該当 非該当

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 印鑑	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 外国人登録証	()

決済日	課長	GL	確認者	備考
年 月 日				

*住民登録上の世帯が異なる場合は委任事項欄の記入が必要です。ただし※1を持参した場合は、必要ありません。