

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

予防接種実施要領に基づき  
自己負担金の免除にあたり  
また医療機関に対しての、

代理人が申請する場合

の承認を承諾します。

廿日市市長様

申請日:令和

年

月

日

① 対象者(予防接種)

住所が廿日市市内に  
なっていますか？

※令和6年1月2日

てきた人は裏面の注意事項をご確認ください。

|              |                                                                                         |                                    |                                                                                 |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 住 所          | 廿日市市<br>新宮1-13-1                                                                        | 昭和35年1月31日以前に生まれた人ですか？<br>(満65歳以上) |                                                                                 |
| ふりがな         | はつかいち いちろう                                                                              | 大正                                 | 昭和                                                                              |
| 氏 名          | 廿日市 イチロウ                                                                                | 生年月日                               | 33年 4月 2日(満 65 歳)                                                               |
| 希望する<br>予防接種 | <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> コロナワクチン | 該当するものに☑して下さい                      |                                                                                 |
| 接種予定<br>医療機関 | 廿日市病院<br>(廿日市市・その他)                                                                     | 申請理由                               | <input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯<br><input type="checkbox"/> 生活保護世帯 |

② 申請者

※申請する人の本人確認ができる

窓口に来る人(申請する人)の住所、氏名等を記入  
(施設職員の場合は施設の住所、電話番号を記入)

☐ 同上(①と同じ場合はチェックしてください)

|      |                                                                            |                                                           |                      |
|------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------|
| 住 所  | 廿日市市△△1-13-1                                                               | 電話番号                                                      | (090) × × × × - 〇〇〇〇 |
| ふりがな | しんぐうはなこ                                                                    | 日中連絡のつく電話番号を記入して下さい                                       |                      |
| 氏 名  | 新宮                                                                         | 昭和・平成                                                     | (満 39 歳)             |
| 続 柄  | <input type="checkbox"/> 同じ世帯 <input type="checkbox"/> その他(続柄 施設職員) ⇒ ③を記入 | 該当するものに☑して下さい<br>(※住所が同じでも住民登録上の世帯が異なる場合は、<br>「その他」になります) |                      |

③ 【申請及び押印】

全て委任者が記入

全て委任者が記入して下さい。代筆の場合は委任者の押  
印が必要です(ゴム製不可)

です。

|                                     |                 |
|-------------------------------------|-----------------|
| 私は、次の者を代理人として予防接種手続きに係る一切の権限を委任します。 |                 |
| 令和 年 月 日                            |                 |
| 代理人(申請する人)                          | 委任者(予防接種を希望する人) |
| 氏名 新宮 花子                            | 氏名 廿日市 一郎 (印)   |

市記入欄

照会日

年

月

日

☐ 該当

☐ 非該当

本人確認書類

☐ 運転免許証(運転経歴証明書)

☐ 健康保険証

☐ 介護保険証

☐ マイナンバーカード

☐ その他 ( )

|       |    |    |     |     |     |
|-------|----|----|-----|-----|-----|
| 決裁日   | 課長 | 係長 | 確認者 | 受付者 | 備 考 |
| 年 月 日 |    |    |     |     |     |

## 注意事項

令和6年1月2日以降に廿日市市へ転入してきた人は、前住所地発行の「令和6年度市民税非課税証明書」が世帯全員分必要になりますので申請時にご持参下さい。ただし、次のいずれかの書類を持参した場合は必要ありません。

- 「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」