

高齢者予防接種自己負担金免除確認申請書

令和 年 月 日

箱根町長 様

(ふりがな)
申請者氏名

電話番号

被接種者との続柄 本人 ・ その他 ()

次のとおり、高齢者予防接種費用免除対象者の確認を申請します。

※希望する予防接種に○をつけてください (肺炎球菌および带状疱疹は「接種券」がある方のみ対象です)		インフルエンザ		肺 炎 球 菌	
		新 型 コ ロ ナ		帯 状 疱 疹 (定 期)	
ふりがな	申請者と			性別	男 ・ 女
被接種者氏名	同じ ☐				
住 所	〒 250- 箱根町				
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	年 齢 歳
申請の理由 該当する理由を○で囲んでください。 (1) 地方税法の規定による町民税非課税世帯に属する※ (2) 生活保護法の規定による被保護世帯に属する (3) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による 支援給付受給世帯に属する					

※免除対象者の確認のために、私の属する世帯の状況を調査することに同意します。
本人を含めて署名してください。ただし、申請の理由(2)(3)の場合は、署名不要です。

世帯主 氏名

世帯構成員 氏名

氏名

氏名