

高齢者肺炎球菌感染症予防接種自己負担金免除証明書交付申請書

香美市長 様

次のとおり、自己負担金の免除証明書の交付を申請します。

なお、高齢者肺炎球菌感染症予防接種自己負担金の免除要件の確認のために必要があるときは、生活保護受給の当否及び身体の機能障害の程度等について、香美市長が関係機関に照会し確認を求めることに同意します。

| 本人 | | 申請代理人 | |
|------|----------------------|--------|------------|
| 住所 | 香美市 | 住所 | |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 氏名 | | 氏名 | (本人との関係：) |
| 生年月日 | 大正 年 月 日 () 歳 昭和 | (事業所名) | |
| 電話番号 | | 電話番号 | |

自己負担金免除要件（該当する方に○をしてください。）

①生活保護受給者で、

- ア 接種年度中に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳になる方
- イ 心臓、腎臓、呼吸器の機能障害が身体障害者手帳（1級）に相当する、60歳以上65歳未満の者

②中国残留邦人等支援給付受給者で、

- ア 65歳以上の者
- イ 心臓、腎臓、呼吸器の機能障害が身体障害者手帳（1級）に相当する、60歳以上65歳未満の者

| 決裁 | 課長 | 班長 | 係長 | 担当 | 生活保護受給照会 中国残留邦人等支援給付照会 |
|----------|----|----|----|----|---------------------------|
| 令和 年 月 日 | | | | | 該当 非該当 |