

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、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	
生年月日	年 月 日 () 歳	(事業所名)	(本人との関係 :)
電話番号		電話番号	

交付を希望する予防接種の種類（希望する予防接種に☑をしてください。）

- ☐ インフルエンザ予防接種
- ☐ 高齢者肺炎球菌感染症予防接種
- ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種
- ☐ 带状疱疹予防接種

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 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

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	受付	生活保護受給照会 中国残留邦人等支援給付照会
年 月 日						該当 非該当