

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種券・費用減免申請書

高齢者インフルエンザ予防接種券・費用減免申請書

年 月 日

熊野町長 様

私は、上記費用の減額・免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、本申請により、町民税の課税状況または、生活保護の受給状況について、確認されることに同意いたします。

予防接種を受ける人	住所 熊野町	生年月日 明 大 昭 年 月 日 (満 歳)
	ふりがな	医療機関名
	氏名	
窓口に来た人	(施設職員の方は、身分証明書のコピーを添付してください。)	
	住所	予防接種を受ける人との続柄 (施設名)
	ふりがな	電話番号
氏名		
減額及び免除申請の理由 (申請する事項に○をつけてください)		
1. 生活保護を受けている世帯に属している。		
2. 町民税非課税世帯に属している。		

**【肺炎球菌予防接種の対象者】**

●平成30年度対象者

65歳	昭和28年4月2日～昭和29年4月1日	85歳	昭和8年4月2日～昭和9年4月1日
70歳	昭和23年4月2日～昭和24年4月1日	90歳	昭和3年4月2日～昭和4年4月1日
75歳	昭和18年4月2日～昭和19年4月1日	95歳	大正12年4月2日～大正13年4月1日
80歳	昭和13年4月2日～昭和14年4月1日	100歳	大正7年4月2日～大正8年4月1日

●満60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能障害または、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能障害のある人

**【インフルエンザの対象者】**

●接種を受ける日において満65歳以上

●満60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能障害または、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能障害のある人

<事務処理欄>

本人確認：保険証・免許証・その他 ( ) / 窓口に来た人の本人確認：保険証・免許証・その他 ( )

肺炎球菌 接種歴	有・無	肺炎	発行日	発送日	発送者 (印)	減免可否
		インフル	/ /	/ /		
1. 生活保護		生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 確認				減免 ・ 否
2. 町民税非課税世帯		町民税課税状況 (健康管理システム) <input type="checkbox"/> 確認				減免 ・ 否
発行ID						