

## 高齢者肺炎球菌予防接種券・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、町民税の課税状況又は生活保護の受給状況について、関係機関等に確認されることに同意いたします。

接種を希望する人	住所	〒731- 安芸郡熊野町		
	ふりがな		電話番号	
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 接種対象年齢にあてはまっている	
	接種医療機関 (予定)			
	今までに高齢者肺炎球菌予防接種を受けたことはありますか。	ない ・ ある		

【委任状】 ※本人以外の方が申請する場合に記入してください。

来られた人 手続きに	<input type="checkbox"/> 家族 (続柄: )	氏名	
	<input type="checkbox"/> 施設職員 (施設名: )	電話番号	
	<input type="checkbox"/> その他 (続柄: )		
委任欄	高齢者肺炎球菌予防接種の減免申請に関する手続きを上記の人に委任します。 ※同一世帯員以外の代理人が申請する場合は記入が必要です。 被接種者署名 _____		

## 【肺炎球菌予防接種の対象者】

## ●対象者

- 接種日時時点で65歳の方
- 満60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害のある人

## &lt;事務処理欄&gt;

肺炎球菌 接種歴	有・無	発行日 / /	発送日 / /	対応者	減免可否
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	019010_ _ _ _				

本人確認書類	運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・旅券 健康保険証・生活保護受給者証・年金手帳・身障手帳
--------	--

※本人及び同一世帯員が請求する場合は上記から1点を、同一世帯員以外の代理人が請求する場合には、上記から被接種者及び代理人の本人確認書類をそれぞれ1点ずつ確認する。