

[] 区役所

平成 年 月 日

高齢者用肺炎球菌予防接種減免確認申請書

(65歳以上用)

減 免 確 認 申 請 者	
住 所	区
施設名・氏名	㊟

同 意 書

北九州市長 様

私は、予防接種減免確認のため、区役所職員が必要な範囲で介護保険料所得段階(介護保険事務処理端末：ライフパートナー)について調査することに同意します。

* 区役所処理欄

No.	住 所	生年月日	性別	フリガナ 接種対象者氏名	* 確認結果(所得段階)
		M・T・S 年 月 日	男 女	印	該当・非該当
		M・T・S 年 月 日	男 女	印	該当・非該当
		M・T・S 年 月 日	男 女	印	該当・非該当
		M・T・S 年 月 日	男 女	印	該当・非該当
		M・T・S 年 月 日	男 女	印	該当・非該当
		M・T・S 年 月 日	男 女	印	該当・非該当
		M・T・S 年 月 日	男 女	印	該当・非該当

