

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 (個人：65歳以上の方)

北九州市長

私は、(生活保護受給者・世帯全員が市民税非課税)であるため、高齢者用肺炎球菌予防接種を受けるにあたり、自己負担額が減免となるよう減免確認を申請します。

また、この申請の該当要件確認のため、区役所職員が、私の介護保険料の所得段階について調査することに同意します。

予診票交付申請者(接種対象者)	
住所	区
フリガナ 氏名	印 TEL (-)
生年月日 性別	明治・大正・昭和 年 月 日 (男・女)

接種対象者本人以外の方が申請する場合は、申請者の住所・氏名(押印)・接種対象者本人との続柄を記入してください。

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印 本人との続柄 _____

※なお、代理人が、同居の配偶者、親、子以外の場合は、裏面の委任状が必要です。
(別途、委任状の添付でも可。)

確認結果

該当・非該当

委任状

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、高齢者用肺炎球菌予防接種減免確認申請に関することを委任します。

平成 年 月 日

(委任者：接種対象者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

連絡先電話番号 _____