様式８

[　　]区役所

年　月　日

高齢者用予防接種減免確認申請書

（６５歳以上用　※北九州市の介護保険被保険者）

減　免　確　認　申　請　者	
住所・所在地	区
施設名・氏名	（自署又は記名押印）
電話番号	

□ 介護保険料段階を調査することについて、下記の接種対象者全員の同意を得ています。

同　意　書

北九州市長　様

私は、高齢者用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段階について調査することに同意します。

No.	住　所	生年月日	フリガナ 接種対象者氏名	＊区役所処理欄 ＊確認結果 （保険料段階）
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認

R8.4

（オモテ）

※　区役所処理欄が要確認の場合、様式９を用いて世帯全員の同意のもと、課税状況調査することで、減免対象者かさらに確認できます。

様式８－１

同　意　書

年　　月　　日

＊区役所処理欄

No.	住　所	生年月日	フリガナ 接種対象者氏名	＊確認結果 （保険料段階）
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認
		年　月　日		該当・要確認

R8.4

（ウラ）

※　区役所処理欄が要確認の場合、様式９を用いて世帯全員の同意のもと、課税状況調査することで、減免対象者かさらに確認できます。