【両面印刷】

高齢者肺炎球菌予防接種
自己負担金免除申請書・同意書

出雲市長　様

　私は自己負担金免除要件に該当しますので、高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金の免除を申請します。
　つきましては、私および私の世帯員が接種日現在、生活保護世帯であるかどうかについて、貴市福祉担当課に調査を求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

郵便番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自署できない場合

代筆者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（　　）

代筆者の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除要件

以下の要件に該当する方は自己負担金（実費）３，０００円が免除されます。
裏面の同意書により、対象になるかどうかを確認させていただきます。
（対象とならない場合は、後日請求させていただきます。）

自己負担金免除要件

予防接種を受けられる方およびその世帯員が接種日現在、生活保護法による被保護世帯に属する場合

記入例

高齢者肺炎球菌予防接種
自己負担金免除申請書・同意書

出雲市長 様

私は自己負担金免除要件に該当しますので、高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私および私の世帯員が接種日現在、生活保護世帯であるかどうかについて、貴市福祉担当課に調査を求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日　　注射を受ける日を記入してください

郵便番号

住　　所

ふりがな

氏　　名

生年月日

電話番号

自署できない場合

代筆者署名　　続柄（　　）

代筆者の住所

電話番号

自署できない場合は
代筆者が記入。