様式７－１

　　　　　　区役所

　　年　　月　　日

**高齢者用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** |
|  | **（自署又は記名押印）****TEL（ 　　　　　－　　 　 －　　 　 ）** |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日** | **性別** |  |

　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・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（自署又は記名押印）

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、高齢者用予防接種減免確認申請に関することを委任します。

　　年　　月　　日

（委任者：接種対象者）

　　　　　　　　住　所

氏　名（自署又は記名押印）

連絡先電話番号