

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		
フリガナ 氏名	(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 _____