

[] 区役所

年 月 日

高齢者用予防接種減免確認申請書

(6 5 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。

				* 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・非該当
		年 月 日		該当・非該当
		年 月 日		該当・非該当
		年 月 日		該当・非該当
		年 月 日		該当・非該当
		年 月 日		該当・非該当
		年 月 日		該当・非該当

同 意 書

様式 8-1

* 区役所処理欄

年 月 日

[illegible][illegible]

R7.4

(ウラ)