

高齢者予防接種費用無料申請書

東広島市長 様

高齢者予防接種費用無料証明書の交付(再交付)を受けたいので、次のとおり申請します。交付の可否の決定の際に、住民基本台帳、市県民税課税台帳等により世帯の状況、課税状況や生活保護受給状況等を確認することについて承諾します。

		申請日	令和 年 月 日										
接種を希望する人	住所	〒739 - 東広島市											
	ふりがな												
	氏名												
	電話番号		マイナンバー										
	生年月日	大正/昭和/西暦 年 月 日 (歳)											
	希望する予防接種 (☑をつける)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <small>今までに肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。</small> <input type="checkbox"/> はい (プレベナー ・ ニューモバックス) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <small>今までに帯状疱疹予防接種を受けたことがありますか。</small> <input type="checkbox"/> はい (弱毒生水痘ワクチン[生] ・ シングリックス[組換え]1回 / 2回) <input type="checkbox"/> いいえ											
接種医療機関 (予定)	医療機関名を記入又は、受託医療機関一覧にあれば☑をつける <input type="checkbox"/> 受託医療機関一覧												

●本人以外が申請する場合は、記入してください。

申請者	<input type="checkbox"/> 家族 (続柄: 同一世帯 (内・外))	氏名	
	<input type="checkbox"/> 施設職員 (施設名:)		
	<input type="checkbox"/> その他的人 (続柄:)	電話番号	
委任欄	見出しの申請に関する一切の手続を上記の人に委任します。 署名 _____		

●無料証明書の送付先が、本人の住所と異なる場合は記入してください。

送付先	住所	〒 -		
	宛名	電話番号		

※次の欄は、記入しないでください。 それぞれに○をする。 (1)又は(2)によって確認し、○で囲む。

(マイナンバー記載の場合のみ)	マイナンバー記載の本人確認	①マイナンバーカード		本人を確認する書類→	不要
		②住民票写し・住民票記載事項証明書等			(1)運転免許証、旅券、身障手帳、精神保健手帳、在留カード等のいずれか1つ (2)被保険者証、年金手帳等その他適当と認める書類 () のうち、1つ
	使用者	施設職員・ケアマネ等 ⇒ 不要		使用者確認不要	(1)マイナンバーカード、運転免許証、旅券、身障手帳、精神保健手帳、在留カード等のいずれか1つ (2)被保険者証、年金手帳等その他適当と認める書類 () のうち、1つ
	代理権確認	法定代理人 ⇒ 戸籍謄本又は登記事項証明書等		代理人を確認する書類 ⇒	確認者
		任意代理人 ⇒ 委任状 (委任欄への記入)			
	同一世帯内家族 ⇒ 不要				
	同一世帯外家族 ⇒ 委任状 (委任欄への記入)				

世帯の市県民税	非・生・課
---------	-------

処理日	処理者
令和 年 月 日	