

# 高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除対象者申請書

## <申請者記入欄>

紛失等による再申請の場合は

申請日：平成29年 月 日

インフルエンザ予防接種自己負担免除対象者の確認を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、確認を受けるにあたり、下記1、2のあてはまる番号に○をつけてください。  
ただし、1の方法では確認ができない方は2になります。

- 1 私の世帯全員の市民税・県民税の課税状況を調査することに同意します。
- 2 私の世帯全員の市民税・県民税の課税状況を証する書類を提出します。

### 【高齢者インフルエンザ予防接種】

インフルエンザ予防接種の対象者は以下の方々です。あてはまる項目にチェックをしてください。

- ①  65歳以上
- ②  60歳以上65歳未満で、下記の項目に身体障害者手帳1級相当の障害がある  
 心臓  腎臓  呼吸器  ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能

フリガナ		生 年 月 日
接種を受ける方の氏名		明治・大正・昭和 年 月 日生
接種を受ける方の住所	横浜市 区	
	電話番号	

※本人以外が申請する場合に記入してください。

窓口に来た方(代理申請する方)の氏名		接種を受ける方との関係
窓口に来た方(代理申請する方)の住所		同一世帯員

窓口に来た方が、接種を受ける方の同一世帯員以外の場合は、下の委任欄に記入してください。

私は、上記の者に、インフルエンザ予防接種自己負担免除に係る申請手続きを委任します。

接種を受ける方の氏名 \_\_\_\_\_ 印

(接種を受ける方本人の署名の場合、押印は不要です。)

※右の欄は区役所で使用しますので申請者の記入は不要です。

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 年金等手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	対応結果	<input type="checkbox"/> 該当: 確認書発行 <input type="checkbox"/> 非該当
-------	---	------	--