

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

紛失等による再申請の場合は

<申請者記入欄>

(あて先) 横浜市

申請日：令和 年 月 日

高齢者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。

- 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。

Table with columns for name (フリガナ, 氏名), birth date (生年月日), current residence (現在の住所), residence on 1/1 (1月1日時点の住所), and personal ID (個人番号).

※1月1日時点で、同世帯の中で横浜市外在住の方がいる場合は、下の欄も記入してください。

Table for additional household members with columns for name, birth date, residence, and personal ID.

Table for additional household members with columns for name, birth date, residence, and personal ID.

※本人以外が申請する場合に記入してください。

Table for proxy applicant information with columns for name, residence, and relationship to recipient.

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、高齢者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
(接種を受ける方本人の署名の場合、押印は不要です。)

<区役所記入欄>

Table for district office confirmation with columns for ID card, applicant confirmation, correspondence results, and issuance status.