

令和7年度 香芝市高齢者定期予防接種 自己負担金免除申請書

*この用紙は無料券ではありません

香芝市長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者 〒 ー
住所

氏名 (続柄：)

電話

下記、被接種者は希望の予防接種の対象条件、および自己負担金免除の条件（非課税世帯もしくは生活保護世帯）に該当するため、自己負担金免除申請をいたします。

※接種者と同一世帯のかた以外が申請する場合は、委任状が必要です。

接種対象者 (予防接種を受けるかた)	住所	☐ 申請者と同じ	* 申請者と違う場合、右に住所を記入ください	〒 ー
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		
	電話番号			
接種希望のものに ○をつける (対象条件を確認)		带状疱疹ワクチン (接種票添付)		
		肺炎球菌ワクチン (接種票はがき添付。初めての接種であること)		
		インフルエンザワクチン (今年度1回目のみ)		
		新型コロナワクチン (今年度1回目のみ)		
接種を希望する 医療機関	(市・町)			
添付書類 (☒ をつける)	☐ 申請者の本人確認書類の写し (運転免許証や資格確認書) ☐ 返信用封筒 (接種対象者の住所を記入、110円切手を貼付)			

職員記入欄	
身分確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 資格確認書 ☐ 身体障害者手帳 ☐ その他 ()
判定	該当 ・ 非該当
接種履歴 (今年度)	履歴なし ・ 履歴あり非該当
※60～64 歳で対象のかたは医師の診断書または身体障害者手帳をコピー	
※COKAS の課税状況画面を添付	

受付印

受付者	担当者	所属長