宇多津町予防接種自己負担金免除申請書

(宛先) 宇多津町長

自己負担金免除の適用を受けたいので申請します。なお、申請にあたり世帯員の課税状況や生活保護の受給の有無を確認されることを承諾します。

申請年月日：
年 月 日

1. 自己負担金免除申請者（委任者）

住所	宇多津町 (電話番号：)		
氏名	生年月日	大正・昭和 年 月 日	
予防接種	インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナワクチン		
免除等該当区分	前年度非課税世帯・生活保護世帯		
委任欄	私は下記の代理人（受任者）に定期予防接種等の自己負担金免除申請手続きを委任します。 申請者（委任者本人）		
	住所	(電話番号：)	
	氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
続柄	1. 同居の親族 () 2. 同居以外の親族 () 3. 施設関係者（施設名：) 4. その他（成年後見人・)		

- ① 申請に際しては本人確認書類を提示してください。
- ② 代理人が申請書を提出する場合は、代理人の本人確認書類を提示してください。また上記の委任欄に必ず申請者の署名等を記入してください。
- ③ 1月1日時点で町外に住民票があった方は使用できません。保健センターまでお問合せください。

2. 同一世帯に属する方

申請者と同一世帯の方	氏名	生年月日	続柄
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

(事務処理欄)

発行状況	1. 非課税世帯 2. 生活保護世帯 3. 対象外
本人確認	1. 個人番号カード 2. 身分証明書（写真付） 3. 公的証明書2点（写真なし）
代理人の本人確認	1. 個人番号カード 2. 身分証明書（写真付） 3. 公的証明書2点（写真なし）