

予防接種費用免除申告書兼同意書

(あて先) 枚方市長

私は、この度枚方市の実施する _____ 予防接種を受けるにあたり、以下の書類の提出をもって

該当する項目 (該当する項目に チェックをお願い します。)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者
	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 (世帯全員が非課税)
	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住した中国残留邦人等 及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受ける者

に該当することを申告します。

なお、確認書類の記載内容について、担当職員が免除要件に該当するか担当課に確認することに同意します。

申請者	令和 年 月 日
(フリガナ)	
氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住 所	枚方市
電話番号	() -

確認書類記載欄

内にチェックし、有効期間、交付年月日を記入し段階区分に○をご記入ください。

生活保護受給者	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	交付年月日(年 月 日) ※交付年月日から1年以内であること
市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 枚方市介護保険料決定通知書等	段階区分 第1・第2・第3段階
	<input type="checkbox"/> 枚方市介護保険料決定通知書兼 更正決定通知書等	段階区分 第1・第2・第3段階
	<input type="checkbox"/> 枚方市介護保険料納付通知書 (更正決定通知書)等	段階区分 第1・第2・第3段階
中国残留邦人等支援給付者	<input type="checkbox"/> 本人確認証	有効期間(年 月 日)

※申告日現在で、確認項目に該当しない場合は、接種料金を請求させていただきます。

該当確認欄

医療機関名	確認者名 ()
電話番号	() -