

成人用（高齢者用）肺炎球菌予防接種助成券・無料券交付申請書

年 月 日

早 島 町 長 様

申請者 ※本人、世帯員、成年後見人以外の方が申請される場合は委任状が必要となります。

| | | | |
|------------|---|----------|---|
| ふりがな 氏名 | | | |
| | ※署名または記名押印(被接種者本人以外が申請する場合はこの欄に申請者の印鑑も押してください。) | | |
| 住所 | 早島町 | 電話番号 | |
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 | 被接種者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 委任状 |

下記の被接種者の予防接種助成券・無料券の交付を申請します。

つきましては、早島町が予防接種法第28条に基づき、被接種者世帯の住民税課税状況、生活保護受給状況及び住民基本台帳を確認することに同意します。

| | | |
|------|-----|-----------------------------|
| 住 所 | 早島町 | <input type="checkbox"/> 同上 |
| 電話番号 | | <input type="checkbox"/> 同上 |

| ふりがな 被接種者氏名 | 生 年 月 日 | | |
|----------------|----------|-------|----|
| | 明治・大正・昭和 | 年 月 日 | 日生 |
| | 明治・大正・昭和 | 年 月 日 | 日生 |
| | 明治・大正・昭和 | 年 月 日 | 日生 |

| 被接種者以外の 世帯員状況 | 氏名 | 被接種者との続柄 | 生年月日 |
|------------------|----|----------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- ※ 申請は、住民票上の同一世帯の範囲内で行うことができます。
- ※ 申請は、被接種者、成年後見人又は住民票上の同一世帯員が行うことができ、各券の受領も同様です。
- ※ 被接種者の委任状による受任者も、助成券を申請交付窓口で受領することができます。

交付担当者記入欄

| | | |
|---|-----------|--------|
| 本人確認書類 | 照 合 年 月 日 | 交付担当者印 |
| <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他() | 年 月 日 | |