

令和 年 月 日

茨城町長 様

住 所 茨城町
氏 名 性別 ()
生年月日 年 月 日 (歳)
申請者名 続柄 ()
電話番号 ()

茨城町成人用肺炎球菌予防接種個人負担免除申請書

茨城町成人用肺炎球菌予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記の理由により申請いたします。なお、成人用肺炎球菌予防接種個人負担の免除決定に必要な私及び私と同一世帯に属する者の町民税などに関する情報を調査することについて承諾します。

記

申請理由

- 1 町民税非課税世帯に属している
- 2 生活保護世帯に属している

※以下の欄は記入しないでください。

受付日	令和 年 月 日
確認事項	<input type="checkbox"/> 65歳以上（年度内年齢） <input type="checkbox"/> 60歳以上 65歳未満（心臓・じん臓・呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する方、及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方（身体障害者手帳内部障害1級に相当する方） <input type="checkbox"/> 任意接種の場合（定期接種対象者以外で上記に該当するもので、生活保護法による被保護世帯（単独世帯を含む）の方のみ交付 <input type="checkbox"/> 定期接種は65歳の方（定期接種となるのは生涯一度限り） （町民税非課税世帯及び生活保護世帯に交付） ※上記以外は交付できません
決定	<input type="checkbox"/> 交付する <input type="checkbox"/> 交付しない（理由)

【職員確認欄】 システム 交付前チェック 交付者サイン _____