

高齢者の肺炎球菌予防接種 自己負担金免除申請書

下記のとおり、自己負担金を免除くださるよう申請します。
なお、決定に当たり市が私及び私の世帯等の個人情報収集することに同意します。

令和 年 月 日

申請者	住 所	
	氏 名	(続柄)
	電話番号	

丸亀市長殿

接種を希望する者	住 所	丸亀市 (TEL - -)		
	氏 名			
	生年月日	明 大 昭 年 月 日生	年齢	歳
理 由	生活保護世帯・非課税世帯			

個人番号 (マイナンバー)																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

こちらから下は、記入しないでください

発行NO.		生保・非課税 確認画面の添付		対象者確認		担当者名	
-------	--	-------------------	--	-------	--	------	--

- 申請者の身分証明書の確認
・個人番号カード(写真付) ・住民基本台帳カード ・運転免許証
・健康保険証 ・その他 ()
- 個人番号を記載した場合 ・身分証明書の添付
- 同一世帯以外の代理申請の場合 ・身分証明書+委任状の添付(対象者の個人番号カードを持参した場合)