

春日市高齢者予防接種自己負担金変更申請書(インフルエンザ・新型コロナ)

自己負担金変更を希望される方へ：太枠内にご記入ください。

(宛先) 春日市長

次のとおり、高齢者予防接種に係る自己負担金を無料にする申請をしたいので、春日市予防接種要綱第5条第2項及び第11条第2項の規定により申請します。なお、対象の判定に関し、世帯全員の課税台帳、生活保護の受給状況等を調査することに同意します。

被接種者		申請日	年 月 日
住 所	春日市	電 話 番 号	() —
接種を受ける人の氏名	ふりがな.....	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	満 65 歳以上	
予防接種の種類	(希望する予防接種を○で囲む) 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者新型コロナウイルス感染症		
申請理由	(どちらか該当する方を○で囲む) 生活保護受給世帯 ・ 市民税非課税世帯		

窓口に来られた方が接種を受ける人(本人)以外の場合

代理者住所		代理者の電話番号	() —
代理者氏名(代理者署名)	ふりがな.....	本人との続柄	
代理者が同居の家族以外の場合委任状	私(被接種者)は上記の代理者を本事業に係る代理者と認め、申請にかかる権限を委任します。 また、自己負担金の変更のためにマイナンバーを利用し地方税関係情報を取得する場合は、上記代理者が同意書に署名することを委任します。 年 月 日 委任者氏名(被接種者または被接種者の同居者)		

【申請方法】

窓口を持参するか、郵便で申請してください。(本人確認書類をご持参ください)
代理者が「接種を受ける人の同居の家族」以外の場合は、接種を受ける人(または同居の家族)の委任状が必要です。
郵便で申請する場合は、「返信用封筒(長3定形封筒。110円切手を貼付の上、宛先を記載)」を同封してください。なお、住所地若しくは代理者住所地以外への返信は致しかねますのでご了承ください。
切手の額面は同時に3人以上の申請の場合は金額が異なることがありますので、多目に貼ってください。

<送付先>

816-0851

春日市昇町1丁目120番地

春日市いきいきプラザ

健康課 宛 高齢者予防接種関係申請書在中

□非課税
□年齢↓□手帳
□同居所↓□委任状
□肺球(同時・済・他)