

能勢町高齢者の肺炎球菌予防接種一部負担金免除申請書

年 月 日

能 勢 町 長 様

申請者

住所 能勢町

氏名

電話

能勢町高齢者の肺炎球菌予防接種事業実施要綱第10条第1項に基づき、一部負担金の免除を申請します。

一部負担金免除の種類	高齢者の肺炎球菌予防接種		
一部負担金免除の対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	能勢町 番地
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日		年 月 日
免除事由	1 生活保護法の被保護世帯に属する者		
	2 町民税の非課税世帯に属する者		

要件確認資料	<input type="checkbox"/> 介護保険料額決定通知書兼特別徴収開始通知書 又は介護保険料納付通知書		
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証		
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証		
	<input type="checkbox"/> 課税証明書（世帯全員分） 及び <input type="checkbox"/> 世帯の確認できるもの（世帯全員が入った住民票等）		
	<input type="checkbox"/> 保護開始（変更）決定通知書		