

能勢町带状疱疹予防接種 一部負担金免除申請書

年 月 日

能 勢 町 長 様

申請者

フリガナ
氏名

住所

電話番号

能勢町带状疱疹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	带状疱疹予防接種		
一部負担金免除の対象者	フリガナ	☐ 申請者と同じ	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	☐ 申請者と同じ	
免除事由	☐ 生活保護法の被保護世帯に属する者 ☐ 町民税の非課税世帯に属する者 ☐ 中国残留邦人等である者		
接種するワクチン	☐ 生ワクチン ☐ 組換えワクチン		

要件確認資料	☐ 介護保険料額決定通知書兼特別徴収開始通知書 ☐ 介護保険料納付通知書 ☐ 介護保険負担限度額認定証 ☐ 保護開始(変更)決定通知書 ☐ 中国残留邦人等支援給付受給証明書 ☐ 課税証明書(世帯全員分) 及び 世帯の確認できるもの(世帯全員が入った住民票等) ☐ その他()
--------	---

いずれの書類もない場合 (申請者と接種者が異なる場合は 接種者による任意の委任状が必要)	☐ 予防接種の一部負担金免除対象であることを確認するため、担当課が、私及び世帯員の課税状況並びに介護保険に係る所得段階を閲覧することに同意します。
--	--