

## 堺市予防接種自己負担金免除申請書

年 月 日

堺市長 殿

申請者	住 所	住所が受診者と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>
	氏 名	受診者本人 の場合はチェック <input type="checkbox"/>
	電話 番号	

※  の場合、その項目の記入は不要です。

下記の肺炎球菌予防接種について、予防接種にかかる自己負担金の免除を申請します。

受診者	住 所													
	フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 生 ( 歳)										
	氏 名													
		受診者の個人番号(マイナンバー)	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
証明書類 不足の場合	<input type="checkbox"/> 私(受診者)は1月1日現在、堺市内に住民票があり、市町村民税非課税世帯に属していることを確認することに同意します。													

予防接種名
肺 炎 球 菌

※ 本人(受診者)以外の方から申請の場合は、委任状を記入してください。

### 委 任 状

年 月 日

私は、堺市予防接種自己負担金免除申請にあたり、下記の者に申請に係る権限を委任します。

受任者 住所  
(窓口に来る者)

氏名

委任者 住所  
(受診者)

氏名

(印)

以下は記入しないでください。

保健センター等確認年月日	年 月 日
確認者	<input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 未発行