

堺市予防接種自己負担金免除申請書

堺市長 殿

令和 年 月 日

申 請 者	住 所	住所が受診者と同じ場合はチェック ☐ ※
	氏 名	受診者本人 の場合はチェック ☐ ※
	電話番号	

※ ☒ の場合、その項目の記入は不要です。

下記の予防接種について、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				
	氏 名							年 月 日 生 (歳)				
		受診者の個人番号(マイナンバー)										
証明書類 不足の場合	単身世帯の場合	☐	私(受診者)は、予防接種業務に係る事務手続きを処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。 ※1月1日時点で堺市以外に居住していた場合:(市居住)									
	複数人世帯の場合	同意書の提出が必要です。										
対象予防接種	インフルエンザ予防接種											

※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。