

(あて先) 千葉市長

予防接種自己負担免除対象確認申請書兼同意書

予防接種の自己負担免除対象であることを確認するため、千葉市が、私及び世帯員の、収入・課税状況並びに介護保険に係る所得段階を調査することに同意します。

希望する予防接種 インフルエンザ(標準量ワクチン)・新型コロナ・肺炎球菌・带状疱疹  
(接種を希望するワクチンに○。複数可)

申請者 及び 対象者	介護保険被保険者証番号	
	ふりがな	
	氏名	(注)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	住所	〒 千葉市 区
		電話番号 — —
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

世帯員(対象者以外で同一世帯の方) (注)各世帯員本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

ふりがな 氏名	生年月日	本年1月1日現在の 住所地(市区町村名)
	年 月 日	
	年 月 日	

※世帯員が3名以上いる方は、余白に記載してください。

受領の委任

結果(「自己負担免除対象確認書」または「自己負担確認通知書」)について、

どちらかに○

<input type="checkbox"/>	私(申請者)の住所地への送付を希望します。
<input type="checkbox"/>	下記の者へ、受領を委任します。
受任者	住所:(〒 )
	氏名:
	申請者との続柄: (電話番号: )
	(注)受任者が自署しない場合は、記名押印してください。 (注)受任者が施設長等の場合は、「住所」は施設の所在地、「氏名」は受任した施設長等の氏名及び施設名、「申請者との続柄」は施設長(または、施設職員)と記入してください。