

伊勢原市 B 類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除申請書兼所得状況等確認同意書

年 月 日

伊勢原市長 殿

予防接種を受ける人の氏名を記入してください。

申請者(被接種者)

(代筆者) 続柄
氏名 ()

電話 ()

B 類疾病に係る予防接種自己負担金の免除を受けたいので伊勢原市予防接種実施要綱第 1 1 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

免除決定のため必要のあるときは、伊勢原市が私の世帯に係る市県民税の課税状況、生活保護状況又は中国残留邦人等支援法による支援給付状況を調査することに同意します。

ふりがな	
被接種者氏名	
生年月日	年 月 日生（満 歳）
住 所	伊勢原市
電 話	()
予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ 肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。） ☐ 新型コロナウイルス感染症
免除理由	☐ 市県民税非課税世帯であるため。 ☐ 生活保護世帯であるため。 ☐ 中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている世帯であるため。
対象区分	☐ 6 5 歳以上 ☐ 6 0 歳から 6 4 歳までの人で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウィルスによる免疫の障害を有する者として厚生労働省令に定めるもの。
接種予定医療機関	

個人番号記入欄
※1月2日以降に伊勢原市へ転入した場合のみ記入してください。(転入前の市区町村:)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

予防接種法第28条の実費の徴収の決定に関する事務について、伊勢原市長が地方税関係情報を取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者 (被接種者)	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	電話番号		
同意者	被接種者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		☐ 被接種者 と同世帯
	(転入前の市区町村)		
	電話番号		
同意者	被接種者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		☐ 被接種者 と同世帯
	(転入前の市区町村)		
	電話番号		
同意者	被接種者との続柄		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		☐ 被接種者 と同世帯
	(転入前の市区町村)		
	電話番号		

(記載要領)

- 1 同意者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 被接種者と同世帯の場合、住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。
- 5 同意者が1月2日以降に伊勢原市へ転入した場合のみ、転入前の市区町村を記入すること。