

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

(ふりがな)
申 請 者 _____ 続柄 ()

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、次のとおり申請します。また、費用免除措置事務にあたり、次に掲げる事項を行うことに同意します。

- 1 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、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。
- 2 予防接種法第 2 8 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。

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		☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹
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	高齢者肺炎球菌	☐ 6 5 歳 ☐ 6 0 歳～6 4 歳で、心臓腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の障害を有するものとして厚生労働省令に定めるもの
	带状疱疹	☐ 今年度に 6 5 歳・7 0 歳・7 5 歳・8 0 歳・8 5 歳・9 0 歳・9 5 歳・1 0 0 歳・1 0 0 歳以上の誕生日を迎える人(1 0 0 歳以上は令和 7 年度のみ) ☐ 6 0 歳から 6 4 歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の障がい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		☐ 未定

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：)

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

(記載要領)

- 1 同意者が自ら署名を行うこと。
- 2 同一世帯・親族等以外の代理人が申請する場合、本人からの委任状をとること。