

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者
 住所
 氏名
 （対象者との続柄 ）
 電話番号

鶴ヶ島市肺炎球菌ワクチン接種費助成金交付申請書

鶴ヶ島市肺炎球菌ワクチン接種費助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市肺炎球菌ワクチン接種費助成金交付要綱第4条第3項の規定により、次のとおり申請します。なお、交付要件の確認のため、住民登録情報、生活保護受給状況等の調査、照会閲覧について同意します。

また、申請をするに当たり、次の事項について同意します。

- 1 過去に市が実施した予防接種法に規定する高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種を受けていません。
- 2 過去にこの事業の助成金の交付を受けていません。
- 3 ワクチンの任意接種をした日から1年以内です。

助成申請額					円
助成 対象者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢

- ◆ 接種日時時点で65歳以上ですか。（65歳以上の方が対象となります）
 （ はい / いいえ ） どちらかに○
 - ◆ 生活保護受給及び中国残留邦人等支援給付制度の適用を受けていますか。
 （ はい / いいえ ） どちらかに○
- ※ 「はい」の方…助成額の上限は8,000円です。
 「いいえ」の方…助成額は3,000円です。