様式第１号（第４条関係）

高齢者等予防接種個人負担金免除申請書

年　　月　　日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者　住　所
氏　名
電　話
続　柄　（　　）

高齢者等の予防接種を受けるに当たり個人負担金の免除を受けたいので、下記の同意事項に同意の上、次のとおり申請します。

受診者又は接種を受ける人（被接種者）	フリガナ		生年月日	
	氏　名			
	住　所	〒	電話番号	
申請理由				
予防接種名				
同意事項	私（受診者又は被接種者）が個人負担金の免除を受けるに当たり、私及び同一世帯員全員の市民税課税状況を確認することに同意します。			

※　接種の予定時期についていずれかにチェックをつけてください。

☐　４月～５月　　☐　６月～３月

※　接種する予定の医療機関についてお答えください。

☐　鶴ヶ島・坂戸市内　　☐　鶴ヶ島・坂戸市以外の県内

（鶴ヶ島・坂戸市以外の場合：医療機関名　　）

【添付資料】

☐委任状（被接種者から見て同一世帯ではない方が申請する場合）

☐非課税証明書等（１月１日時点で、被接種者及び同一世帯の中で、鶴ヶ島市に住民登録がない方がいる場合）

保健センター　記入欄

税務情報	課税世帯・非課税世帯・他（　／　）	通知発送日（　／　）	取扱者	No

裏面の記入例を参考にしてください