

HP用

高齢者インフルエンザ予防接種申込書

※太枠内をご記入ください

年 月 日

フリガナ 氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳)
住 所 (住民登録を している住所)	八幡市	T E L	(連絡のつく電話番号)
送付先	(〒)		様方
	※予診票の送付先が上記住所と異なる場合にご記入ください。		
接種医療 機 関 名	医療機関名 (医療機関住所)		
	※住所は市外の医療機関にて接種される場合のみご記入ください。		
一部負担金 免除申請	<u>いずれかに✓を入れてください。</u> <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯のため、免除申請する。 → <u>下記もご記入ください。</u> <input type="checkbox"/> 生活保護世帯のため、免除申請する。 <input type="checkbox"/> 免除申請しない。		
職員記入欄	65歳以上・60～64歳手帳1級、 予診票渡し 済→ () セット・後日郵送 受付者 ()		

高齢者インフルエンザ予防接種一部負担金免除申請書・同意書

八幡市長 様

私は令和2年度に行われる高齢者インフルエンザ予防接種の一部負担金免除の申請を
します。この申請の事務処理のために、八幡市が接種対象者及び世帯員に係る税情報を利用
することに同意します。

- 上記について同意され、接種者と申請者が同じ場合はを入れてください。
(された場合は、以下の項目の記入は不要です)

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 _____

職 員 記入欄	受付日	確認日	確認者	課税状況		保護確認欄	
				非	課	生活支援課担当	健康推進担当