

# 予防接種費用免除申請書

年 月 日

足利市長あて

予防接種名					
予防接種を受ける方	住所	〒 足利市 町 番地			
	氏名			電話番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )		性別	□男・□女
申請理由	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する者 <b>【同意書】</b> 資格審査に必要な世帯構成員の市民税課税台帳の閲覧に同意します。 氏名 _____				
受けようとする医療機関名					

接種者の本人確認書類を提示すること

(代理人)

住所 町 番地  
 \_\_\_\_\_  
 氏名 (続柄)  
 \_\_\_\_\_  
 電話  
 \_\_\_\_\_

代理人による申請の場合は、接種者及び代理人の本人確認書類を提示すること

※「市民税非課税世帯に属する方」へ

課税状況についての年度切替は6月1日になっており、申請日によって費用免除適用の可否を判断します。

4～5月に申請される方	前年度の課税状況
6月以降に申請される方	今年度の課税状況

課税の状況が年度によって異なる方は、申請をする月によっては費用免除が適用されない場合がありますのでご注意ください。

次に該当する方は「情報連携申請書」を提出してください。

- ①1月2日以降に転入し、申請理由が「市民税非課税世帯に属する者」の方
- ②申請理由が「生活保護世帯に属する者」で転入前市町村から生活保護を受給している方

〈市使用欄〉

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> その他
代理人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> その他

審査結果	1 非課税世帯 2 生活保護世帯 3 非該当
------	------------------------------

受付番号
------