

記入例

定期 B 類予防接種減免申請書

倉敷市長あて

令和 6 年 10 月 1 日

申請者 (代筆可)

住所	〒 710 - 0834 倉敷市笹沖 1 7 0	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
氏名	倉敷 さくら		<input type="checkbox"/> 世帯員
電話番号	086 - 434 - 9807		<input checked="" type="checkbox"/> 3 親等以内の親族 続柄 (長男)
郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・世帯員住所 <input type="checkbox"/> 代理人住所 (身分証で確認必要、電話申請不可)		<input type="checkbox"/> 窓口・郵送申請のみ
			<input type="checkbox"/> 成年後見人
			<input type="checkbox"/> その他 (施設職員等)

次の被接種者の定期 B 類予防接種の減免を申請します。つきましては、倉敷市保健所が被接種者世帯の市民税課税状況、生活保護状況、中国残留邦人等給付支援状況、身体障害者更生指導台帳、住民基本台帳を確認することに同意します。

なお、本人以外が申請する場合、代理申請に同意しています。

また、接種時の年齢が満 60 歳から 64 歳の場合、「心臓、腎臓も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機能の障がい、障がい者手帳 1 級程度」に該当するため申請します。

被接種者 (減免を申請する人)

住所	<input type="checkbox"/> 申請者欄住所と同じ (記載不要) <input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所欄と別 (以下)	前年度の 1 月 2 日以降に転入している場合、倉敷市では課税状況が把握できないため、転入前の市町村で所得証明を取得し、提出してください。			
	倉敷市西中新田 6 4 0				
	<input type="checkbox"/> 前年度の 1 月 2 日以降に倉敷市に転入 → 転入の場合、電 <input type="checkbox"/> 4~5 月接種の場合、前々年度の 1 月 2 日以降に倉敷市に転入				
フリガナ	生年月日	減免対象	23 価肺炎球菌 ワクチン接種歴		
氏名					
1	クラシキ イチロウ 倉敷 一郎	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	34 年 5 月 10 日	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 対象外
2	クラシキ フジコ 倉敷 藤子	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	34 年 4 月 12 日	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 対象外
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援受給者 ※市外で生活保護受給又は中国残留邦人等支援受給者は電話申請不可				

受付者	受付日	/	交付者	交付日	/	確認者
受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話	本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 生保受給証明 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 職員証 (施設等) <input type="checkbox"/> 代理人持込 <input type="checkbox"/> 他 ()			
減免種別	<input type="checkbox"/> 半額 <input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 非該当	添付書類	倉敷市外での生保受給 → 生活保護受給証明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			3 親等以内の親族 (他の世帯員) に転入 → 委任状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			成年後見人の代理人による申請 → 委任状、後見内容が分かる書類	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
			1/2 以降の転入者 → 転入前 (1/1 時点) の非課税の所得証明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		60~64 歳で障がい者 1 級 → 手帳の有無確認 (添付不要)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
肺炎球菌接種履歴有 → 肺炎球菌以外の減免予診票を送付し、肺炎球菌は任意接種 (全額自己負担) で、手元にある予診票は使用できない旨 TEL						