

## 定期 B 類予防接種減免申請書

倉敷市長あて

令和 年 月 日

### 申請者（代筆可）

住所	〒 -	被 接 種 者 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 3親等以内の親族 続柄（ ）
氏名			窓 口 ・ 郵 送 申 請 の み
電話番号	- -		
郵送先	<input 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）		

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で、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 type="checkbox"/> 申請者住所欄と別（以下に住所を記載してください）				
	<input type="checkbox"/> <u>前年度</u> の 1 月 2 日以降に倉敷市に転入 → 転入の場合、電話申請不可 <input type="checkbox"/> 4～5 月接種の場合、 <u>前々年度</u> の 1 月 2 日以降に倉敷市に転入 → 転入の場合、電話申請不可				
	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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→対象外	
2	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→対象外	
申請理由	<input 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						□有 □無
			3 親等以内の親族以外の代理人による申請→委任状						□有 □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						□有 □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						□有 □無
		60～64 歳で障がい者 1 級→手帳の有無確認（添付不要）						□有 □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									