

年 月 日

申請者の情報を記入してください
(本人または同世帯のご家族)
※その他は委任状が必要です。
※別に送付先を指定する場合は、
欄外に記入してください。

申請者 (〒 -)
住所 フリガナ
氏名
生年月日 年 月 日 (歳)
電話番号
被接種者との続柄 ()

予防接種費に係る助成を受けたいので、半田市定期予防接種実施要綱第12条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

ついで、市担当者が被接種者の住民登録情報、予防接種履歴情報の確認調査を行うことに同意します。また、インフルエンザ予防接種、高齢者肺炎球菌予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種を接種費用免除区分(生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯)にて申請する場合は、被接種者の免除条件についても併せて確認調査を行うことに同意します。

なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)被接種者の情報を記入してください。児童ネットワークシステムを使用し、地方税関係情報の確認調査を行う場合の同意については、別紙のとおりです。

フリガナ 被接種者氏名	ハンダ タロウ 半田 太郎
被接種者生年月日	昭和20年 4月 1日 (78歳 7か月)
被接種者住所	半田市 東洋町2丁目1番地
予防接種名・回数	インフルエンザ 1回
フリガナ 市 住 地 住 州 (市外に滞在している場合のみ記入)	(〒 478 - 0828) 愛知県半田市瑞穂町● - ● - ● 老人ホーム半田荘
申請理由	1 特殊な疾患 (2) 入院・入所、里帰り出産 3 その他 ()
実施医療機関等名	あおぞらクリニック 電話番号 0569-89-0010

いずれかの申請理由に○してください

接種費用免除区分(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌予防接種・新型コロナウイルス感染症)
市民税非課税世帯 生活保護受給世帯

職員確認印

市職員が使用しますのでチェック不要です

