

### 自己負担金減免申請書

（宛先） 榿原市長

この度、榿原市が実施する予防接種等において、下記の理由により自己負担金の減免を申請します。

なお、本件審査のため榿原市が、住民基本台帳、市民税課税状況、生活保護の受給状況等の確認を行うことに同意します。

また、高齢者インフルエンザ又は高齢者新型コロナウイルス感染症に係る予防接種について、市民税非課税世帯として自己負担金の減免の決定がされた場合は、当該決定がされた年度以降の5年間に限り、受診者及び受診者と同一の世帯に属する者の市民税課税状況の確認を榿原市が行い、年度ごとに負担金の徴収の減免の可否を決定することに同意します。

受診者 氏名	ふりがな	生年月日	大正	年	月	日
			昭和			
住所	〒 電話番号 ( ) 榿原市 町					
審査結果の 郵送先	<input type="checkbox"/> 受診者の住所に郵送					
	<input type="checkbox"/> その他	住所 〒 様方 続柄 ( ) (方書)				
	理由	<input type="checkbox"/> 施設入所中のため <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
申請理由	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯					
受診の 種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹 <input type="checkbox"/> がん検診 (大腸がん、胃がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん) <input type="checkbox"/> 歯周病検診					

下記の者は、受診者と同一世帯に属する者として、榿原市が住民基本台帳、市民税課税状況、生活保護の受給状況等の確認を行うことに同意します。

世帯員氏名	生年月日	世帯員氏名	生年月日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

【檀原市使用欄】

本人確認書類	受診者（接種者）	代理人
顔写真あり (1種類)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運転免許証</li> <li>・パスポート ・マイナンバーカード</li> <li>・身体・精神障害者手帳</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運転免許証</li> <li>・パスポート ・マイナンバーカード</li> <li>・身体・精神障害者手帳</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>
顔写真なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険資格確認証・後期高齢者医療証</li> <li>・介護保険証 ・生活保護受給者証</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険資格確認証・後期高齢者医療証</li> <li>・介護保険証 ・生活保護受給者証</li> <li>・その他（ ）</li> </ul>

世帯の状況	年度	課税世帯	非課税世帯
	年 月 日現在	保護受給世帯	

決定通知書発行枚数	枚	担当者	確認者
-----------	---	-----	-----

通知番号	項目	配布方法
—	高齢者インフルエンザ	窓口 ・ 郵送
—	高齢者新型コロナ	窓口 ・ 郵送
—	高齢者肺炎球菌	窓口 ・ 郵送
—	高齢者带状疱疹	窓口 ・ 郵送
—	がん検診（大腸）	窓口 ・ 郵送
—	がん検診（胃）	窓口 ・ 郵送
—	がん検診（肺）	窓口 ・ 郵送
—	がん検診（乳）	窓口 ・ 郵送
—	がん検診（子宮）	窓口 ・ 郵送
—	歯周病検診	窓口 ・ 郵送

※却下の場合

通知番号
—
配布方法
窓口 ・ 郵送

←生保のみ

順不同

承認期間	
高齢者インフル・新型コロナ	年 月 日～ 年 月 日
がん検診・歯周病検診	年 月 日～ 年 月 日
高齢者肺炎球菌	年 月 日～ 年 月 日
高齢者带状疱疹	年 月 日～ 年 月 日