

高齢者肺炎球菌予防接種一部負担金に係る免除申請書

葛 城 市 長 様

下記のとおり、高齢者肺炎球菌予防接種費用の免除を申請します。

年 月 日

申請者住所：葛城市 _____

申請者氏名： _____ 印 電話番号： _____

免除対象者氏名	世帯主との続柄	生年月日
		大正 年 月 日 昭和
		大正 年 月 日 昭和
高齢者肺炎球菌予防接種費用免除該当事由		生活保護世帯

同 意 書

私は、申請日における、私の属する世帯の生活保護受給状況に関する調査をされることに同意いたします。

接種者住所 : 葛城市 _____

接種者氏名 : _____ 印

◎ どちらから受給されていますか。

1. 葛城市
2. その他 () 市・町・村

----- 以下は記入しないでください。 -----

		確認者印・日付	印 年 月 日
生活保護世帯	該当・非該当	照会先	社会福祉課 ()
備考			

委 任 状

葛 城 市 長 様

代 理 人

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

わたしは、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

〔 2019年度 高齢者肺炎球菌予防接種費用の
自己負担金免除申請の手続きに関する一切の権限 〕

年 月 日

住 所

接 種 者

Ⓜ

生年月日 大・昭 年 月 日生