

インフルエンザ予防接種一部負担金に係る免除申請書

葛 城 市 長 殿

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用の免除を申請します。

平成 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
		明治 大正 年 月 日 昭和
		明治 大正 年 月 日 昭和
インフルエンザ予防接種費用免除該当事由 どちらかを○で囲って下さい		ア) 非課税世帯 → 下記同意書にご記入ください。 イ) 生活保護世帯

※非課税世帯の該当事由で申請される方は、下記にもご記入下さい。

同 意 書

私は、上記申請について、私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況を調査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

◎平成23年1月1日現在の住民票は、どこにありましたか。
どちらかに○を付けてください。

- 葛城市
- 他市町村 (県 市町村 番地)

----- 以下は記入しないで下さい -----

非課税世帯	該当・非該当	確認者印・日付	印 平成 年 月 日
生活保護世帯	該当・非該当	照会先	税務課 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 明・大・昭・平 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。

**【インフルエンザ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】**

平成 年 月 日

住 所

接 種 者 (印)

生年月日 明・大・昭 年 月 日生