

定期予防接種自己負担金に係る免除申請書

葛 城 市 長 様

年 月 日

下記のとおり、定期予防接種自己負担金の免除を申請します。

なお、状況確認のため、担当職員が接種対象者の課税状況及び生活保護受給状況を閲覧することに同意します。
太枠内を記入してください。

(窓口に来られた方) 申請者	住所	
	氏名(署名又は記名押印)	
	続柄 ()	
	生年月日 年 月 日	電話番号

※同一世帯の方が申請する場合は、申請者の本人確認書類が必要です。

※ご本人、同一世帯以外の方が申請する場合は、①代理人(申請者)の本人確認書類と②委任状または本人(免除を受ける人)の本人確認書類(コピー可)が必要です。

接種対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (→下記の住所、氏名、生年月日の記載は不要です) 住所：葛城市	
	氏名	
	生年月日 年 月 日 (歳)	
	申請理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯※1 <input type="checkbox"/> 非課税世帯※2 <input type="checkbox"/> その他 ()
		令和7年1月1日現在の住所：葛城市・その他 ()
	接種する 予防接種	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症予防接種 (非課税世帯を除く) <input type="checkbox"/> 带状疱疹予防接種 (非課税世帯を除く) <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所：葛城市
	氏名	
	生年月日 年 月 日 (歳)	
	申請理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯※1 <input type="checkbox"/> 非課税世帯※2 <input type="checkbox"/> その他 ()
令和7年1月1日現在の住所：葛城市・その他 ()		
接種する 予防接種	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症予防接種 (非課税世帯を除く) <input type="checkbox"/> 带状疱疹予防接種 (非課税世帯を除く) <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種	

※1 葛城市以外の市町村で生活保護受給をされている場合、生活保護世帯であることを証明する書類(生活保護受給証明書等)を添付してください。

※2 令和7年1月1日現在の住所が葛城市以外の場合、非課税世帯であることを証明する書類(課税証明書等)を添付してください。

-----以下は記入しないでください-----

本人確認書類	申請者	対象者
顔写真入り (1種類)	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書含む) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書含む) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()
顔写真なし (2種類)	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療証 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療証 <input type="checkbox"/> その他()
判定	非課税	該当 ・ 非該当 照会先 住基 確認者： 確認日： 年 月 日 備考

委 任 状

葛 城 市 長 様

代 理 人

住 所 -----

氏 名 ----- (接種対象者との関係: -----)

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。

【令和7年度 定期予防接種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 -----

接種対象者(署名または記名押印) -----

生年月日 ----- 年 ----- 月 ----- 日生 -----