

播磨町高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種助成金交付申請書

令和 年 月 日

播磨町長 様

高齢者用肺炎球菌ワクチン助成金の交付を受けたいので、播磨町高齢者用肺炎球菌ワクチン助成要綱第6条の規定により申請します。

次の項目を確認のうえ、□にレ印をつけてください。

過去に 23 価肺炎球菌ワクチンの接種を受けていません。

播磨町高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成を受けたことがありません。

申請者 (被接種者)	住 所	播磨町		
	氏 名		日中つながる 電 話	()
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(満 歳) 男・女
	申請理由	1. 生活保護世帯 2. 町民税非課税世帯		
代理人	住 所			
	氏 名		日中つながる 電 話	()
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	続 柄

決定にあたり世帯の課税状況を確認することに同意します。

本人署名 _____

(代理人： _____ 続柄： _____)

以下は記入しないでください。	確認者①		確認者②		発行者
対象者確認 (両方確認必要)	<input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 接種履歴	課税確認	<input type="checkbox"/> 生活保護 (地域福祉係に確認) <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯		
確認書類 (確認したものに○)	●申請者または代理人確認 (該当するものに○) 運転免許証、運転経歴証明書、マイナンバーカード、個人番号通知カード 保険証、旅券、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳 その他 () ●代理人申請の場合：(該当する場合○) 委任状、委任状がない場合は理由を確認 (裏面上部に記載)				