

令和 年 月 日

鶴岡市長様

## 予防接種自己負担金減額免除申請書

<申請者：接種者（同意者）>

住 所 鶴岡市

氏 名

電 話 自宅 / 日中連絡先

前年1月1日現在の住所（上記と異なる方のみ記入）

<代理> 住 所

氏 名 続柄

下記の者が接種する予防接種自己負担金を減額又は免除されるよう申請します。  
減額免除決定に際して、必要あるときは私の世帯に係る市民税課税台帳を閲覧することに同意します。

接種者	住 所	申請者に同じ	世帯主	
	氏 名	申請者に同じ 男・女	生年月日	年 月 日
減額免除申請の理由				
1. 生活保護世帯（免除） 2. 市民税非課税世帯（減額） ※課税世帯の扶養になっている場合は該当しません。				
接種する予防接種の種類				
1. 高齢者肺炎球菌予防接種 2. 高齢者インフルエンザ予防接種				

年 月 日	確認の結果	確認者	
課税台帳にて確認	・免除該当（生活保護世帯） ・減額該当（市民税非課税世帯） ・非該当 【非該当の理由】 ・生活保護世帯でない ・課税世帯（世帯員のいずれかが課税されている） ・課税世帯の扶養（他世帯の課税されている者から扶養されている）		
福祉課より確認			