

【高齢者】 予防接種費用免除申請書

尾道市予防接種実費徴収規則第 3 条及び予防接種事業実費徴収要綱第 5 条の規定により、次の予防接種に係る自己負担金の免除を申請します。

上記規定の適用を受けるに際し、世帯全員の課税状況を市が確認することに同意します。

＊ 太枠の中を記入してください。

予防接種名		☐ インフルエンザ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 新型コロナワクチン ☐ 带状疱疹ワクチン （ ☐ 生ワクチン ☐ 組換えワクチン）	
予 防 接 種 を 受 け る 人	該当事由	市民税非課税世帯	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 （ 歳）	
	住 所	尾道市	
電話番号 （ ） —			
接種を希望する 医 療 機 関 名	医療機関名 （ 都 道 市 町 ） 府 県 村		
年 月 日			
尾道市長 様			
申請する人（窓口に来られた人） 氏名 _____			

＊ 同一世帯以外の人が申請するときは、委任状が必要です。

市 記 入 欄	申請接種名に✓	☐	インフルエンザ	該 当 ・ 非 該 当	【必須】本人確認
		☐	高齢者肺炎球菌		身元確認（ 済 ・ 未 ）
		☐	新型コロナワクチン		個力 ・ 免 ・ パ ・ 障
		☐	带状疱疹ワクチン		保 ・ 年 ・ 介 （ ）

（裏面：委任状）

同一世帯者の課税状況を確認した場合、名前を記入			人数	処理者
			（ ） 人	

委任状

私は、次の者を代理人と定め、

	高齢者インフルエンザ予防接種手続きに係る
	高齢者肺炎球菌予防接種手続きに係る
	新型コロナワクチン予防接種手続きに係る
	带状疱疹ワクチン予防接種手続きに係る

一切の権限を委任します。

代理人 (窓口に来た人)	住所	
	名前	

尾道市長様

年 月 日

委任者 (接種する人)	住所	尾道市
	名前	印