

第1号様式（第7条関係）

予防接種負担金特例受診証交付申請書

年 月 日

（宛先）座間市長

予防接種負担金特例受診証の交付を受けたいので申請します。

申請者	フリガナ		生年月日※1	年 月 日
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
予防接種を受ける者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
住所	〒	電話番号		
希望する予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ			
申請理由	<input type="checkbox"/> 生活保護法による保護を受けているため ※2 生活保護受給票の写しを添付してください。			
	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付（以下「支援給付」という。）を受けており、世帯全員が市民税非課税であるため ※3 支援給付に係る本人確認証の写しを添付してください。			
	<input type="checkbox"/> 予防接種負担金特例受診証の交付のため、市長が住民記録の確認並びに市民税及び支援給付に関する調査をすることに同意します。 ※4 同意しない場合は、住民票記載事項証明及び市民税・県民税課税（非課税）証明書の写しを添付してください。			
<input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税であるため <input type="checkbox"/> 予防接種負担金特例受診証の交付のため、市長が住民記録の確認及び市民税に関する調査をすることに同意します。 ※5 同意しない場合は、住民票記載事項証明及び市民税・県民税課税（非課税）証明書の写しを添付してください。				

※1 申請者と予防接種を受ける者が別の場合は、申請者の生年月日の記載は不要です。