

第1号様式（第4条関係）

平成 年 月 日

（あて先）勝浦市長 様

新型インフルエンザワクチン接種費用負担軽減対象者証明申請書

新型インフルエンザワクチン接種を受けるに際し、負担軽減対象であることの確認を申請します。

申請者 (対象者)	介護保険 被保険者番号		
	ふりがな		性別
	氏名	印	男・女
	住所	勝浦市	電話
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)

新型インフルエンザワクチン接種費用負担軽減対象者の証明申請に伴い、対象者及び対象者の世帯員に関する住民基本台帳及び市民税課税状況等を閲覧することを承諾します。

自署 _____ ④
代筆者署名 _____ ④ 続柄 ()

(注意事項)

- この用紙は申請書ですので、これを医療機関に提出しても接種費用は無料になりません。接種費用が助成対象となる方には「**新型インフルエンザワクチン接種費用負担軽減対象者証明書**」を交付しますので、それを医療機関に提出してください。
- 被保険者番号は、介護保険被保険者証に記載されています（65歳以上の方のみご記入ください。）。わからない場合は空欄のままで結構です。
- 他市町から転入した方は、平成21年1月1日に居住していた市町村が発行する世帯全員の非課税証明書を添付してください。