

(あて先) 千葉市長

予防接種自己負担免除対象確認申請書兼同意書

予防接種の自己負担免除対象であることを確認するため、千葉市が、私及び世帯員の、収入・課税状況並びに介護保険に係る所得段階を調査することに同意します。

希望する予防接種 インフルエンザ ・ 新型コロナ ・ 肺炎球菌 ・ 帯状疱疹
(接種を希望するワクチンに○。複数可)

申請者 及び 対象者	介護保険被保険者証番号	
	ふりがな	
	氏 名	
		(注)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	住 所	〒 千葉市 区
		電話番号 ー ー
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

世帯員(対象者以外で同一世帯の方) (注)各世帯員本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

ふりがな	生年月日	本年1月1日現在の 住所地(市区町村名)
氏 名		
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※世帯員が4名以上いる方は、裏面の余白に記載してください。

(申請される方へ)

- ・必要事項をご記入のうえ、千葉市医療政策課へ持参（又は郵送）してください。
- ・60歳から64歳の方で、身体障害者手帳（1級）をお持ちの方は、氏名及び障害名等が記載されている部分の写しを添付してください（内容確認後、お返しします）。
- ・免除対象と確認された方へは、後日「予防接種自己負担免除対象確認書（様式第2号）」をお送りしますので、医療機関へ提出してください。
- ・確認書は、申請者本人の住所地にお送りします。申請者本人以外の方が確認書の受け取りを希望する場合は、申請者本人からの委任状を添付してください。
- ・確認書の交付には10日程度（土日祝日・年末年始の休日を除く）かかります。