

課長	課長補佐	主幹	係長	係

交付月日	交付番号

下記により決定し、助成券等を交付してよろしいか。

インフルエンザ予防接種助成券等交付申請書

平成 年 月 日

新見市長様

申請者 住所 新見市

氏名 ㊟

電話番号

(被接種者からの続柄： )

下記のとおりインフルエンザ予防接種助成券等の交付を申請します。

なお、助成券等の発行のために必要な範囲で世帯員全員の市民税課税状況等を確認することについて承諾します。

希望する項目に○を付けてください。

- 1 受診者は生活保護受給者です。(無料券対象)
- 2 受診者は平成30年度の市民税は課税されていない世帯の世帯員です。(助成券対象)

ふりがな 受診者氏名	住所	生年月日
	新見市	M・T・S 年 月 日生
	新見市	M・T・S 年 月 日生
	新見市	M・T・S 年 月 日生
	新見市	M・T・S 年 月 日生

対象者は生年月日が昭和29年1月31日以前の方で接種日の年齢が65歳以上の方です

※ここより下は記入しないでください。

確認月日	健康づくり課確認	税務課確認	該当		非該当	
			交付	郵送	説明	電話

※個人番号

※個人番号欄は、転入により課税、非課税世帯の確認が取れない方が健康づくり課又は支局での手続きの際に必要な項目のため、各自での記入は行わないでください。(情報連携に係る同意書の記載が必須)