

(宛先) 名古屋市長

(B類疾病) 愛知県広域予防接種連絡票発行申請書 (兼市民税情報確認同意書)

県内市外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

|                                                                 |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |          |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------|
| 被<br>接<br>種<br>者<br>(予<br>防<br>接<br>種<br>を<br>受<br>け<br>る<br>人) | 住 所                                                                                 | 〒 - 区                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |          |
|                                                                 | ふりがな                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 生 年                                                  | 大正 年 月 日 |
|                                                                 | 氏 名                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 月 日                                                  | 昭和 (満 歳) |
|                                                                 | 電 話 番 号                                                                             | - - ※日中に繋がる連絡先をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |          |
|                                                                 | 申 請 理 由<br>(☑をつける)                                                                  | <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 長期入院治療<br><input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                  |                                                      |          |
|                                                                 | 希 望 す る<br>予 防 接 種<br>(☑をつける)                                                       | <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> ビケン<br><input type="checkbox"/> シングリックス( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) |                                                      |          |
| ※自己負担金<br>免除を受ける<br>確認方法<br>(いずれかに<br>☑をつける)                    | <input type="checkbox"/> 該当しないため確認書類なし                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |          |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 介護保険料納入通知書のコピー<br>※「第1段階」から「第4段階」までの最新のもので、A4サイズに縮小コピーしたもの |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |          |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 (原本) <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給者証のコピー  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |          |
| 申<br>請<br>者                                                     | 住 所                                                                                 | <input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 -                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |          |
|                                                                 | 氏 名                                                                                 | <input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ (被接種者との続柄 )<br><添付書類><br><input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の写し<br><input type="checkbox"/> 委任状 (本人又は同一世帯の親族以外の方 (住所が同一でも住民登録上別世帯の方も含む) が申請する場合のみ)                                                                                   |                                                      |          |
|                                                                 | 電 話 番 号                                                                             | <input type="checkbox"/> 上記電話番号に同じ - - ※日中に繋がる連絡先をご記入ください。                                                                                                                                                                                                            |                                                      |          |
|                                                                 | 医 接<br>療 種<br>機 希<br>関 望                                                            | 事 前 確 認                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 医療機関に受け入れを確認しました。(確認後☑をつける) |          |
|                                                                 | 名 称                                                                                 | ( - - )                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |          |
|                                                                 | 所 在 地                                                                               | 〒 - 市・郡                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                      |          |
| 連 絡 票 送 付 先<br>(いずれかに☑をつける)<br>※☑がない場合、被接種者<br>住所に送付します。        |                                                                                     | <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所<br><input type="checkbox"/> 送付先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。)<br>〒 - ( 様方)                                                                                                                                    |                                                      |          |

<自己負担金免除を受ける確認方法の「本市が市民税情報を確認することに同意する」について>  
上記項目に☑された場合、本申請の自己負担金免除を受けるため、被接種者を含む以下に記載する同一世帯全員は、**市民税非課税世帯**であることの確認を依頼し、必要な市民税情報の確認に同意したものとします。  
※確認の結果、市民税課税世帯と判定された場合は自己負担金免除となりません。  
※市民税情報確認に同意されない方は他の確認書類を提出してください。  
※市民税賦課期日に本市に住民登録がない方は、同意いただいても課税状況が確認できず非課税の判定ができません。

●被接種者を除く同一世帯の方全員の氏名・生年月日を記入 (欄が不足する場合は裏面白紙に記入)

|    |  |          |   |   |    |  |          |   |   |
|----|--|----------|---|---|----|--|----------|---|---|
| 氏名 |  | 生年<br>月日 | . | . | 氏名 |  | 生年<br>月日 | . | . |
| 氏名 |  | 生年<br>月日 | . | . | 氏名 |  | 生年<br>月日 | . | . |

《名古屋市記入欄》

|      |                        |  |
|------|------------------------|--|
| 受付番号 | - -                    |  |
| 備 考  | 市民税[ 非課税 ・ 課税 ・ 判定不能 ] |  |