

(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。

被接種者 (予防接種を受ける人)	住所	〒460 - 〇〇×× 中区 三の丸三丁目〇番△号		名古屋市の住民票があるところの住所を記入してください。		
	ふりがな	なごや はなこ		生 年	大正 30年 4月 13日	
	氏 名	名古屋 花子		月 日	昭和 (満 70 歳)	
	電話番号	052-972-〇〇××		※日中に繋がる連絡先をご記入ください。		
	申請理由 (☑をつける)	☒ かかりつけ医 ☐ 長期入院治療 ☐ 高齢者施設入所 ☐ その他 ()				
	希望する 予 防 接 種 (☑をつける)	☒ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹				
申請者	※自己負担金 免除を受ける 確認方法 (いずれかに ☑をつける)	☐ 該当しないため確認書類なし ☐ 介護保険料納入通知書のコピー ※「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 ☐ 保護受給証明書 (原本) ☐ 中国残留邦人等支援給付受給者証のコピー ☒ 本市が市民税情報確認することに同意する				
	住所	☒ 上記住所に同じ				
	氏 名	☐ 上記氏名に同じ 名古屋 太郎 (被接種者との続柄 夫) <添付書類> ☒ 申請者の本人確認書類の写し ☐ 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	☐ 上記電話番号に同じ 080-5555-〇〇×× ※日中に繋がる連絡先をご記入ください。				
医療機関希望	事前確認	☒ 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	〇×クリニック				
	所在地	〒486 - 〇△〇× 春日井 市・郡 〇〇町				
連絡票送付先 (いずれかに☑をつける) ※☑がない場合、被接種者 住所に送付します。	☐ 被接種者住所 ☒ 申請者住所 ☐ 送付先住所 (※郵便物が届く住所) 〒 -					

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	名古屋 太郎	生年 月 日	28. 9. 25	氏名		生年 月 日	
氏名		生年 月 日		氏名		生年 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]	

予防接種を受ける人

申請する人

該当される方はご確認願います。
同一世帯の方全員の氏名・生年月日のご記入が必要です。