

高齢者肺炎球菌予防接種負担金免除申請書

令和 年 月 日

日立市長 殿

次のとおり、高齢者肺炎球菌予防接種負担金の免除を申請します。

なお、高齢者肺炎球菌予防接種の負担金免除の決定のために必要があるときには、私及び同一世帯全員の生活保護受給内容について確認することに同意します。

【太枠内をご記入ください。】

(フリガナ) 申請者氏名	生年月日 大・昭 年 月 日 (歳)	
住所 日立市 町		
電話番号		
接種を希望するかた（同一住所の者に限る） ※申請者も接種を希望する場合は記入	生年月日	申請者との 続柄
(フリガナ) 氏 名	大・昭 年 月 日	
(フリガナ) 氏 名	大・昭 年 月 日	
(フリガナ) 氏 名	大・昭 年 月 日	
免除となる理由	生活保護を受給しているため	

○これまでに一度も高齢者肺炎球菌予防接種を行っていない、接種時年齢が65歳以上のかたが対象です。

○下記の①又は②に該当するかたは、日立市外の医療機関でも助成を受けることができます。接種を希望する病院名及び病院の所在地をご記入ください。

①接種時年齢が65歳のかた

②60歳から65歳未満の方で心臓、呼吸器、腎臓、免疫不全等により日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者のうち医師が基準に該当すると認められたかた

接種を希望する病院名	病院の所在地
	茨城県

※【市処理欄】左記欄は記入しないでください。

免除券発行	受給状況確認	受付
		健康・生援・市民・ 多・南・豊・高・ 西・十

