

高齢者等带状疱疹予防接種無料券交付申請書

小樽市長 様

高齢者等带状疱疹予防接種について、住民票上の世帯全員が市民税非課税のため高齢者等带状疱疹予防接種無料券の交付を申請します。

高齢者等带状疱疹予防接種無料券の交付を受けるに当たり 私及び私の「世帯」の市民税課税状況に関する情報につき、小樽市が 確認（情報連携照会）することに同意します。					*保健所 記入欄	
申請者 （接種希望者）	住所	小樽市		丁目	番	号
	TEL			TEL		
	フリガナ			生年月日		
	氏名			大正 昭和	年	月 日
	フリガナ			生年月日		
氏名			大正 昭和	年	月 日	交付 NO

申請者 （代理人）	住所	小樽市		丁目	番	号	*保健所記入欄		
	TEL			TEL			接種 希望者 確認	代理人 確認	
	フリガナ			接種者との 続柄				マイナンバー カード	マイナンバー カード
	氏名							免許証	免許証
							保険証	保険証	
							()	()	

*代理人が申請される場合はこちらも御記入ください。

代理人選任届						
私は、高齢者等带状疱疹予防接種無料券の交付申請及び受領について、上記申請者を代理人に選任します。						
住所		小樽市		丁目	番	号
接種希望者		氏名		印		

保健所使用欄
確認事項記載

☐ 保健所窓口受付 ☐ サービスセンター受付 ☐ 郵送受付

受付印

受付印
