

高齢者の带状疱疹
予防接種自己負担金免除申請書

令和 年 月 日

盛岡市長様

申請者（予防接種対象者）

住 所 盛岡市

氏 名

生年月日 大正・昭和 年 月 日

生活保護法による保護を受けている世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援を受けている世帯のため、予防接種自己負担金の免除を申請します。
なお、マイナンバーによるオンライン資格確認をすることに同意します。

医療機関等記入欄

医療機関名

1 生活保護世帯(該当するものに○をつける)

i 生活保護で通院中

公費負担番号

受給番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ii マイナンバーによるオンライン資格確認で確認

iii 生活保護受給証明書(原本を添付)、生活保護決定通知書または生活保護変更通知書(写しを添付)で確認済（1か月以内に発行されたものの写し）

iv 盛岡市保健所(指導予防課)にて処理

2 中国残留邦人等支援給付受給世帯(該当するものに○をつける)

i 中国残留邦人等に対する本人確認証で確認済み

ii マイナンバーによるオンライン資格確認で確認済み

iii 盛岡市保健所(指導予防課)にて処理

3 本人からの申請により照会した結果、自己負担金免除対象外