

年 月 日

## (助成の対象者)

以下に該当する、風しんの抗体価が低いことが判明した北九州市民の方

- ・妊娠を希望される女性（妊娠中の方を除く）
- ・妊婦及び妊娠を希望される女性（抗体がある方を除く）の夫、パートナー、同居者

## 麻しん風しん予防接種減免確認申請書

北九州市長様

私は、世帯全員が市民税非課税であるため、予防接種を受けるにあたり、自己負担額が減免となるようを減免確認を申請します。

また、この申請の該当要件確認のため、区役所職員が、私及び私の属する世帯員の課税状況について調査することに同意します。

申請者 (接種対象者)	氏名	フリガナ (自署又は記名押印)	生年月日	
	住所	区	大正・昭和・平成	年 月 日
		TEL	課税所得の有無	有・無

課税状況を調査することについて、世帯員全員の同意を得ています。

世帯員氏名	生年月日	課税所得の有無
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	有・無
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	有・無
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	有・無
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	有・無
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	有・無
	明治・大正 昭和・平成 年 月 日	有・無

※世帯員全員の記載が必要です。(18歳未満をのぞく)

接種対象者本人以外の方が申請する場合は、住所・氏名(押印)・接種対象者本人との続柄を記入してください。

(代理人)

住所

氏名(自署又は記名押印)

続柄

※なお、代理人が、同一世帯の配偶者、親、子以外の場合は、裏面の委任状が必要です。(別途、委任状の添付でも可。)

\*区役所確認処理欄

\*確認結果

該当 ・ 非該当

上記申請に虚偽があった場合は、法律により罰せられる場合があります。

# 委任状

(代理人)

住所

---

氏名

---

私は、上記の者を代理人と定め、麻しん風しん予防接種減免確認申請に関することを委任します。

年 月 日

(委任者)

住所

---

連絡先電話番号

---

氏名(自署又は記名押印)

---