

(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

様式 2-2

区役所

年 月 日

## 麻しん風しん予防接種減免確認申請書 (個人：65歳以上の方)

北九州市長

私は、(生活保護受給者・世帯全員が市民税非課税)であるため、麻しん風しん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、私の介護保険料の所得段階について調査することに同意します。

予診票交付申請者(接種対象者)	
住所	区
フリガナ氏名	(自署又は記名押印) TEL (      -      )
生年月日 性別	大正・昭和      年      月      日

接種対象者本人以外の方が申請する場合は、申請者の住所・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) \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_

※なお、代理人が、同居の配偶者、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。)

確認結果

該当・非該当

# 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：接種対象者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 (自署又は記名押印) \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_