

記入の仕方（本人申請）
この文字が記入箇所です

総社市長 様

総社市予防接種費用免除申請書

令和 7年 10月 1日

申請者 住 所 総社市中央一丁目1-1

氏 名 総社 太郎

被接種者本人との続柄：本人

電話番号 0866-92-8259

次のとおり予防接種に要する費用の免除を受けたいので申請します。また、市民税課税台帳等により世帯構成員の課税情報等を確認されることに同意します。（被接種者本人以外※の申請の場合は、本人の同意等が得られているため申請します。）※同一世帯員又は後见人等以外の申請の場合は委任状が必要です。後见人等の場合は証明できるものを持参又は写しを添付してください。

被接種者	氏 名 (カナ氏名)	(そうじゃ たろう)
☑申請者に 同じ ※申請者欄に ない事項は記 入すること。	住 所	総社市
	生年月日	大正・昭和 31年 3月 31日 (70歳) *60～64歳で、特定の障がいのため医師の判断により対象となる方の場合には☑してください → ☐
接種種別 (該当するもの全てに○)	インフルエンザ ・ 高齢者用肺炎球菌 ・ 新型コロナウイルス感染症 ・ 帯状疱疹* *帯状疱疹の場合、接種するワクチンの種類 (生 ・ 不活化 未定)	
免除を申請する理由 (該当するもの1つに☑)	☐ 市民税非課税世帯 ☒ 生活保護世帯	
免除関係書類の 送付先 (該当するもの1つに☑)	☒ 被接種者住所 ☐ その他 → 〒 ☐ 申請者住所	

..... ※総社市記入欄（記入は不要です）

	交付年月日	
--	-------	--

※注意

- ・ 帯状疱疹については、非課税世帯の免除はありません。生活保護世帯のみ免除対象です。
- ・ インフルエンザと新型コロナウイルス感染症については、70 歳以上の非課税世帯の方は、申請する必要がありません。（課税の有無にかかわらず金額が同じであるため）
- ⇒60～69 歳の非課税世帯の方と、生活保護世帯の方（全年齢）のみ申請が必要です。

れていない世帯員です。

年	月	日
---	---	---

3 その他市長が特に必要と認める者

記入の仕方（代理人申請）
この文字が記入箇所です

総社市予防接種費用免除申請書

令和 7年 10月 1日

総社市長 様

申請者 住 所 総社市地頭片山17-1

氏 名 山手 一郎

被接種者本人との続柄：後見人

電話番号 0866-92-1241

総社 太郎さんの後見人の山手
一郎さんが、太郎さんの分の申
請をし、書類は入所施設のケル
プホームへ送付を希望する例です

次のとおり予防接種に要する費用の免除を受けたいので申請します。また、市民税課税台帳等により世帯構成員の課税情報等を確認されることに同意します。（被接種者本人以外※の申請の場合は、本人の同意等が得られているため申請します。）※同一世帯員又は後見人等以外の申請の場合は委任状が必要です。後見人等の場合は証明できるものを持参又は写しを添付してください。必要書類があるときは必ず添付してください。

被接種者	氏 名	総社 太郎
☑申請者に 同じ	(カナ氏名)	(そうじゃ たろう)
※申請者欄に ない事項は記 入すること。	住 所	総社市 中央一丁目1-1
	生年月日	大正・昭和 31年 3月 31日 (70歳) *60～64歳で、特定の障がいのため医師の判断により対象となる方の場合には✓してください → ☐
接種種別 (該当するもの全てに○)		インフルエンザ ・ 高齢者用肺炎球菌 ・ 新型コロナウイルス感染症 ・ 帯状疱疹* *帯状疱疹の場合、接種するワクチンの種類 (生 ・ 不活化 ・ 未定)
免除を申請する理由 (該当するもの1つに✓)		☐ 市民税非課税世帯 ☒ 生活保護世帯
免除関係書類の 送付先 (該当するもの1つに✓)	☐ 被接種者住所 ⇒Bに送ります。 ☐ 申請者住所 ⇒Aに送ります。	☒ その他 → ⇒Cに送ります。 〒719-1172 総社市清音軽部 1135 清音ケル プホーム 担当：清音花子あて

※総社市記入欄（記入は不要です）

※注意

- ・ 帯状疱疹については、非課税世帯の免除はありません。生活保護世帯のみ免除対象です。
- ・ インフルエンザと新型コロナウイルス感染症については、70歳以上の非課税世帯の方は、申請する必要がありません。（課税の有無にかかわらず金額が同じであるため）
- ⇒60～69歳の非課税世帯の方と、生活保護世帯の方（全年齢）のみ申請が必要です。

れていない世帯員です。

年 月 日

3 その他市長が特に必要と認める者