様式第３号（第６条関係）

高齢者肺炎球菌感染症予防接種費用負担免除券交付申請書

年　　月　　日

北斗市長　様

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>接種希望者との関係（続柄）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">接種希望者</td><td colspan="3">申請者と同じ
※申請者と同じ場合は、上記に〇を記入してください。</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">北斗市</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">昭和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

高齢者肺炎球菌感染症予防接種費用負担免除券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

同 意 書

この申請に係る高齢者肺炎球菌感染症予防接種費用負担免除券の交付に必要な場合は、北斗市が私及び私と同一の世帯に属する者の課税状況及び生活保護の受給状況について、住民基本台帳及び税務資料その他の公簿等により調査することに同意します。

接種希望者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿