

申請者（原則、世帯主）

海老名市

住 所

氏 名

電話番号 ()

送付先

※申請者以外の住所に送付希望の場合はご記入ください。

住 所

(フリガナ)

氏 名

電話番号 ()

海老名市予防接種無料受診証交付申請書

海老名市予防接種無料受診証の交付を受けたいので、海老名市予防接種無料受診証交付要領の規定により申請いたします。

※以下の希望する予防接種に○をご記入してください。

【インフルエンザ 新型コロナウイルス感染症 高齢者の肺炎球菌感染症 带状疱疹(定期)】

世帯員全員の氏名 (同世帯の方全員をご記入 ください)	住 所	生年月日	市民税調査への同意 (どちらかに☑ してください)	無料受診証の利用 予定の有無を☑し てください
	海老名市	T S H R . .	☐ 同意する ☐ 同意しない	☐ 利用予定あり ☐ 利用しない
	海老名市	T S H R . .	☐ 同意する ☐ 同意しない	☐ 利用予定あり ☐ 利用しない
	海老名市	T S H R . .	☐ 同意する ☐ 同意しない	☐ 利用予定あり ☐ 利用しない
	海老名市	T S H R . .	☐ 同意する ☐ 同意しない	☐ 利用予定あり ☐ 利用しない
	海老名市	T S H R . .	☐ 同意する ☐ 同意しない	☐ 利用予定あり ☐ 利用しない

※市民税調査に同意しない場合は、市・県民税(非)課税証明書(手数料は自己負担)の発行を受けてください。

※当該年1月 2 日以降に転入された方は、転入前の自治体へ問合せの上、直近の(非)課税証明書等、課税状況が分かる資料(写し可)を添付してください。