

定期予防接種費一部負担金免除申請書

令和 年 月 日

各務原市長 あて

申請者

(本人又は代理人)

*代理人の場合は委任状が必要です。

| | |
|-----|-------|
| 住 所 | |
| 氏 名 | (続柄) |
| 電 話 | |

下記の定期予防接種における一部負担金(個人負担金)免除を申請します。
(該当する予防接種に○をつけてください)

1. インフルエンザ予防接種
2. 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| ふりがな | |
| 接種する方の氏名 | |
| 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 生 (歳) |
| 個人番号 (マイナンバー) | |
| 住 所 | 各務原市 |
| 電話番号 (連絡先) | |
| 適応区分(いずれかに ○をつけてください) | 1. 生活保護世帯に属する者 2. その他() |

| | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|----------|-----------------------------|----------|----|-----|
| ※市 確 認 欄 | 起 案 | 令和 年 月 日 | 決 裁 | 令和 年 月 日 | | |
| | 上記の申請について、次のとおり決定してよろしいか。 | | | | | |
| | 部長 | 次長 | 課長 | 主幹 | 係長 | 係 員 |
| | 専 決 | 専 決 | | | | |
| 承認 | 否・適 | 適応区分 | 1. 生活保護世帯に属する者 2. その他() | | | |
| 調査員 | | 印 | | | | |
| 調査日 | | 令和 年 月 日 | | | | |