|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  　　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. インフルエンザの予防接種
2. 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種
3. 新型コロナウイルス感染症の予防接種

４．　帯状疱疹の予防接種 |
| 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（　　　　　　　　　　 　 　）　　 |

**別紙２**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※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 | 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 |

|  |
| --- |
|  |