|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | |

|  |
| --- |
|  |