

定期予防接種費一部負担金免除申請書

各務原市長 あて

令和 年 月 日

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							