

(様式第2号)

各務原市風しんワクチン接種促進対策事業ワクチン接種費負担免除申請書

年 月 日

各務原市長

申請者	住所		電話（連絡先）	
	氏名		世帯主との関係	

1. 生活保護受給者の方へ
生活保護受給者に属することを調査することに同意いたします。
被接種者氏名

2. 市民税非課税世帯に属する方へ
市民税非課税世帯に属することを調査することに同意します。
被接種者氏名

※ 下記の太枠をご記入ください。

被接種者氏名	住 所	生年月日	続柄	接種費用 免除区分	接種予約 の有無	※費用負担免除の 結果(調査員記入欄)
		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)		1・2	有・無	・該当 ・非該当
		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生(歳)		1・2	有・無	・該当 ・非該当

以下、市記入欄

※ 調査状況

① 生活保護法による被保護世帯に関する調査結果		・ 被保護世帯に属する ・ 被保護世帯に属さない	
調 査 日	年 月 日	調査員氏名	
② 市町村民税非課税世帯に関する調査		・ 非課税世帯に属する ・ 課税世帯に属する	
世 帯 員 氏 名	市 民 税 額 (円)	世 帯 員 氏 名	市 民 税 額 (円)
調 査 日	年 月 日	調査員氏名	

※ 市の確認欄

起 案	年 月 日	決 裁	年 月 日	接種券交付番号
上記接種対象者について、調査の結果、各務原市風しんワクチン接種促進対策事業ワクチン接種費負担免除者であることを確認しましたので、「各務原市風しんワクチン接種促進緊急対策事業ワクチン接種予診票兼接種券(免除と記してあるもの)」を交付してよろしいか。				
課 長				