

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

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				