

予防接種自己負担金免除申請書

年 月 日

竜王町長様

下記の予防接種について、予防接種にかかる自己負担金の免除を申請します。

なお、申請にあたり、必要時には竜王町が生活保護世帯に属していることを確認することに同意します。

●自己負担金免除申請者（接種を受ける人）

住所 〒520-25	
竜王町大字	電話番号 ー
氏名 ⑩	生年月日 大・昭 年 月 日生 満（ ）歳
希望する予防接種	高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 高齢者新型コロナ・高齢者带状疱疹
接種予定医療機関	
接種予定日	年 月 日

※自署の場合、押印を省略できます。

※居住地が竜王町外の方は、生活保護世帯であることが分かる書類の写しを添付してください。

●接種を受ける人以外が申請をされる場合は、記入してください

代理人 氏名	接種を受ける人との関係（ ）	住 所	
		電話番号	

※代理人は本人確認書類（運転免許証等）の提示をお願いします。

●自己負担金免除通知書の送付先が、接種を受ける人の住所と異なる場合は記入してください

送付先	住所	〒 ー 電話番号
	宛名	接種を受ける人との関係（ ）

※以下は記入しないでください。

申請受付日/者	年 月 日（担当 ）	生保確認日/者	年 月 日（福祉課： ）
助成券交付日	年 月 日	助成券交付者	