

令和 年度 予防接種費用免除申請書

令和 年 月 日

まんのう町長 殿

私は、インフルエンザワクチン・高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種を受けたいので、まんのう町予防接種の実費負担に係る費用軽減事業実施要綱第3条に基づき申請します。

なお、免除申請事務にあたり、私方に関係する必要な事項について、まんのう町住民生活課(住所・世帯員)、税務課(課税状況)及び福祉保険課(生活保護法による世帯状況)で確認することを承諾します。

対象者 (予防接種を受ける方)	住所	まんのう町		
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名			
何の予防接種を受けますか	インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌	個人番号 (マイナンバー)		

※ 申請者(窓口に来られた方)が予防接種を受ける方と同一の場合は、以下記入不要です。

申請者 (窓口に来られた方)	住所		電話番号	
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏名	Ⓔ		
対象者との関係 (続柄記入)	1. 同居の家族( ) 2. 同居以外の家族( ) 3. 施設関係者( ) 4. その他( )			

※申請者が同一世帯以外の方の場合は、委任状が必要です。

(事務処理欄)

接種対象確認		広域用予診票	1. 交付(接種医療機関名: ) 2. 不要(町内ほか予診票設置医療機関で接種)
対象者の本人確認	1. 運転免許証 2. 健康保険証 3. その他 ( )	発行事由	1. 生活保護世帯 2. 町民税非課税世帯
申請者の本人確認	1. 運転免許証 2. 健康保険証 3. その他 ( )	発行確認	

※個人番号を記載した場合、身分証明書の写しを添付