

令和 7 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・新型コロナウイルスワクチン・带状疱疹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	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 ・ 新型コロナウイルス ・ 带状疱疹			

※ 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	大正・昭和・平成 年 月 日	
	氏 名	印			
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. マイナンバーカード 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. マイナンバーカード 3. その他 （ ）	発行確認