

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、ワクチン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4条の規定により申請します。なお、免除申請事務に当たり、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 ・ 平成 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	