

様式第 1 号(第 9 条関係)

予防接種費用免除申請書

年 月 日

浅 口 市 長 様

申請者 住所
氏名
(対象者との関係)

予防接種費用の免除を受けたいので、下記のとおり申請します。
つきましては、予防接種費用免除申請にあたり、接種対象者の世帯にかかる生活保護受給状況等を確認されることを承諾します。

記

接種対象者

氏 名		生 年	
		月 日	
住 所	浅口市		
予防接種の種別	インフルエンザ・肺炎球菌・新型コロナウイルス・带状疱疹		

※申請は、被接種者本人以外に、ご家族(保護者等)又は成年後見人の方が行うことができます。

※ここから下の欄には記入しないでください(市記入欄)

生活保護 状況確認	生活保護世帯 生活保護世帯以外
確認書類	・被保護世帯台帳 ・その他()