

予 防 接 種 実 費 免 除 申 請 書

年 月 日

(宛先)瀬戸市長

住 所

申請者

氏 名

次のとおり実費を免除してください。

予 防 接 種 を 受 け る 者 の 氏 名	
個 人 番 号	
予 防 接 種 を 受 け る 日	令和 年 月 日
予 防 接 種 の 種 類	令和6年度 高齢者等肺炎球菌予防接種
実 費 額	2,500円
免 除 の 理 由	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者のため <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付金受給者のため <input type="checkbox"/> その他
備 考	<p>過去5年以内に肺炎球菌の予防接種を受けておらず、以下のいずれかに該当することを接種の条件とする。</p> <input type="checkbox"/> 接種時に65歳の方 <input type="checkbox"/> 接種時に60歳以上65歳未満で①または②に該当する方 ①心臓、腎臓、呼吸器の機能に単独で身体障害者手帳1級程度の障害を有する方 ②ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に単独で身体障害者手帳1級程度の障害がある方

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 証明書写しの添付
<input type="checkbox"/> 住基情報の確認
<input type="checkbox"/> 接種履歴の確認
<input type="checkbox"/> 年齢の確認 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|