

【書き方見本】

別記様式(第4条関係)

予防接種実費免除申請書

年 月 日

(宛先)瀬戸市長

本人による申請でない場合は、
申請された方の名前が必要です。
また、別途委任状の提出も必要です。

住所

瀬戸市〇〇町・

申請者

氏名

山田 〇〇

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	山田 〇〇
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	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
実費額	<input type="checkbox"/> 2,500円(高齢者肺炎球菌) <input type="checkbox"/> 2,500円(新型コロナウイルス感染症) <input type="checkbox"/> 1,200円(高齢者インフルエンザ)
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	下記のいずれかに該当することを接種の条件とする。 <input type="checkbox"/> 接種時に65歳の方(高齢者肺炎球菌の場合) <input type="checkbox"/> 接種時に65歳以上の方(高齢者インフルエンザまたは新型コロナウイルス感染症の場合) <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、じん臓、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

該当する箇所にチェックを入れてください。

- 証明書写しの添付
- 住基情報の確認
- 年齢の確認