

## 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	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日  (年齢 歳)  連絡先
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"/> 高齢者等肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 高齢者等インフルエンザ (秋冬のみ) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 (秋冬のみ)	
実 費 額	<input type="checkbox"/> 高齢者等肺炎球菌感染症 (3, 500円) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (組換えワクチン: シングリックス7,000円/生ワクチン: ビケン2,700円) <input type="checkbox"/> 高齢者等インフルエンザ (標準量/高用量) (秋冬のみ) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 (秋冬のみ)	
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 (高齢者等肺炎球菌感染症の場合) <input type="checkbox"/> 年度内に65歳以上の方 (帯状疱疹の場合) <input type="checkbox"/> 接種時に65歳以上の方 (高齢者等インフルエンザ (標準量) 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75歳以上の方 (高齢者等インフルエンザ (高用量) の場合) <input type="checkbox"/> 接種時に60歳以上65歳未満で、心臓、じん臓、呼吸器の機能、または 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 (高齢者等肺炎球菌感染症または高齢者等インフル エンザ (標準量) 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、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 (帯状疱疹の場合)	

受付	審査

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