

## 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	<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

- 証明書写しの添付

住基情報の確認

年齢の確認