

【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

記入しないでください

住 所 瀬戸市〇〇町〇番地

申請者と予防接種を受ける方が、
同一世帯でない場合は、委任状が
必要です。

申請者

氏 名 瀬戸 太郎

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	☒ 申請者 と同じ	生年月日 昭和〇年〇月〇日 (年齢 〇〇 歳) 連絡先 〇 8 0 - 〇 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
個 人 番 号	希望するものにチェックを入れてください。	
予 防 接 種 を 受 け る 日	令和 年 月	
予 防 接 種 の 種 類	☐ 高齢者等肺炎球菌感染症 ☒ 帯状疱疹 ☐ 高齢者インフルエンザ (秋冬のみ) ☐ 新型コロナウイルス感染症 (秋冬のみ)	
実 費 額	☐ 高齢者等肺炎球菌感染症 (3, 5 0 0 円) ☒ 帯状疱疹 (組換えワクチン: シングリックス7, 0 0 0 円/生ワクチン: 水痘・帯状疱疹ワクチン) ☐ 高齢者等インフルエンザ (標準量/高用量) (秋冬のみ) ☐ 新型コロナウイルス感染症 (秋冬のみ)	
免 除 の 理 由	☒ 生活保護受給者のため ☐ 中国残留邦人等支援給付金受給者のため ☐ 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。 ☐ 接種時に65歳の方 (高齢者等肺炎球菌感染症の場合) ☒ 年度内に65歳以上の方 (帯状疱疹の場合) ☐ 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) ☐ 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) ☐ 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) ☐ 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)	

該当するものにチェック
を入れてください。

受付	審査

- ☐ 証明書写しの添付
- ☐ 住基情報の確認
- ☐ 年齢の確認