

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	☐ 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	☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹 ☐ 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	☐ 高齢者肺炎球菌（2, 500円） ☐ 带状疱疹（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） ☐ 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）	
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（高齢者肺炎球菌の場合） ☐ 年度内に65歳以上の方（带状疱疹の場合） ☐ 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） ☐ 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（高齢者肺炎球菌または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） ☐ 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（带状疱疹の場合）	

- ☐ 証明書写しの添付
☐ 住基情報の確認
☐ 年齢の確認