

様式第1号(第4条関係)

予防接種料免除申請書

令和 年 月 日

甲賀市長 宛

申請者 住所 甲賀市 _____

氏名 _____

電話 () _____

生年月日 _____ 年 月 日

甲賀市予防接種料徴収規則第4条第2項の規定により、接種料を免除されるよう申請します。

1 予防接種の種類 インフルエンザ 高齢者の肺炎球菌感染症

2 接種予定日 令和 年 月 日 令和 年 月 日

3 免除を受けようとする理由

- ・当該年度非課税世帯
- ・生活保護世帯
- ・その他()

4 申請額 2,000円(インフル) 2,500円(肺炎球菌)

同意書

私は、世帯員の市民税の課税状況を確認されることを承諾します。

承諾者 住所 甲賀市 _____

氏名(本人自署) _____

※令和5年1月1日以降に転入された方および未申告の方は課税状況の確認ができません。

すこやか支援課までご連絡ください。

※結果通知の送付先が申請者と異なる場合は「連絡事項」欄に送付先をご記入ください。

提出先：甲賀市役所すこやか支援課

連絡事項

可否決定通知書送付先住所

(〒 -)

※申請者の住所と違う場合にご記入ください。

送付先氏名

様

電話番号

備考