

様式第1号(第4条関係)

予防接種料免除申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

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 高齢者の肺炎球菌感染症

2 接種予定日 \_\_\_\_\_ 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 2,500円(高齢者肺炎球菌感染症)

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 \_\_\_\_\_

氏名(本人自署) \_\_\_\_\_

※令和6年1月1日以降に転入された方、未申告の方は確認できません。すこやか支援課までご連絡ください。裏面のご記入もお願いいたします。

## 連絡事項

可否決定通知書送付先：

※申請者住所と違う場合は、ご記入ください。

送付あて先

様方

連絡先

電話番号

備考

