[様式第1号](http://bunsho01/reiki/reiki_word/50327001042103311.doc)(第4条関係)

予防接種料免除申請書

令和　　年　　月　　日

　　　甲賀市長　　　　あて

申請者　　　住所　甲賀市

氏名

免除を希望されるご本人様の住所・氏名等をご記入ください

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　　・　　高齢者肺炎球菌

2　接種予定日　　　令和 元年○月○○日　　・　令和　　年　　月　　日

希望の予防接種に○をしてください。

両方希望の場合は両方に○をしてください

3　免除を受けようとする理由

　　 ・当該年度非課税世帯

今年度の状況に該当するものに○をしてください

　　 ・生活保護世帯

　　 ・その他(　　　　　　　　　　)

4　申請額　　　　　　　　２，０００円　　・　　２，５００円

（インフルエンザ）　　　（高齢者肺炎球菌）

接種をされる方の住所・氏名でご記入をお願いします。

|  |
| --- |
| 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４年１月１日以降に転入された方、未申告の方の確認はできません。すこやか支援課までご

相談ください。

※結果通知の送付先が申請者の住所と異なる場合は、裏面に送付先をご記入ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出先：すこやか支援課母子保健係

**裏面**

**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 | |