

予防接種料免除申請書兼同意書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者(接種者) 住所 甲賀市

申請者は必ず被接種者
被接種者以外の連絡先は下記

氏名(被接種者)

電話 ()

生年月日 年 月 日 (歳)

甲賀市予防接種料徴収規則第4条第2項の規定により、接種料の一部を免除されるよう申請します。なお、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。

※申請する項目に☑を入れてください

1 予防接種の種類

☐ インフルエンザ(10月～12月実施)☐ 新型コロナウイルス(10月～3月実施)

2 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()

通知書送付先(連絡先)

〒 (住所)		送付先は変更しないが、 連絡先だけ記入も可
送付あて先	様方	
連絡先	氏 名 : (続柄) 電話番号 : — —	
備考		

※結果通知の送付先が申請者の住所と異なる場合は、送付先をご記入ください。