（様式　１－２　施設用）

高齢者予防接種料免除申請書兼同意書

　　　年　　　月　　　日

甲賀市長　　あて

施設住所

施設名

担当者

連絡先

施設長

※自筆で署名または押印

当施設は、別紙対象者（施設入所者）への予防接種料免除申請に対する確認・同意を行った上で、甲賀市予防接種料徴収規則第4条第2項の規定により、対象者の接種料を免除されるよう申請します。また、対象者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。

（別紙）

　　施設名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 住所（住民票） | 氏名 | 生年月日 | 予防接種の種類 |
| 1 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 2 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 3 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 4 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 5 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 6 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 7 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 8 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 9 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 10 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |

（別紙）

　　施設名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 住所 | 氏名 | 生年月日 | 予防接種の種類 |
| 11 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 12 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 13 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 14 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 15 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 16 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 17 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 18 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 19 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
| 20 | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |

（別紙）

　　施設名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 住所 | 氏名 | 生年月日 | 予防接種の種類 |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |
|  | 甲賀市 |  | 　　　　　年　　月　　日 | □インフルエンザ□新型コロナ |