

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(被接種者) 住所 甲賀市 _____

申請者は必ず接種者
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

高齢者肺炎球菌 (接種日時点で65歳の方のみ対象)

高齢者帯状疱疹 (年度中に65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100歳以上になる方)

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。