[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兼同意書

　　年　　月　　日

　　　甲賀市長　あて

申請者（接種者）　 住所　甲賀市

氏名（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。