

様式第1号(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)

☐ 高齢者带状疱疹 (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。