

予防接種自己負担金免除申請書

令和 年 月 日

(あて先)大野城市長 宛

申請者 \_\_\_\_\_

連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

私は、予防接種の自己負担金について下記のとおり免除の申請をします。

なお、本件に関し、世帯全員の市民税の課税状況及び生活保護の認定状況について必要な調査をすることに同意します。

記

- <sup>ふりがな</sup>被接種者 \_\_\_\_\_
- 生年月日 大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)
- 住 所 大野城市
- 自己負担金免除の理由 (該当にを付けてください)  非課税世帯  生活保護世帯
- 予防接種の種類 (該当にを付けてください)
- 高齢者インフルエンザ予防接種  新型コロナウイルス感染症予防接種